



Masterarbeit

Frau
Anja Schülke

**Der psychisch kranke Schüler -
Schule als Kooperationspartner der
Kinder- und Jugendpsychiatrie**

**Zur Entwicklung von Strategien der
Zusammenarbeit von Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Schule am Beispiel der
Tagesklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, -psychotherapie
und -psychosomatik in Neubrandenburg**

Neubrandenburg, 2015

Masterarbeit

**Der psychisch kranke Schüler -
Schule als Kooperationspartner der
Kinder- und Jugendpsychiatrie**

**Zur Entwicklung von Strategien der
Zusammenarbeit von Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Schule am Beispiel der
Tagesklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, -psychotherapie
und -psychosomatik in Neubrandenburg**

Autor:

Frau Anja Schülke

Studiengang:

**Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit
Kindern und Jugendlichen**

Seminargruppe:

TS11w1-M

Erstprüfer:

Prof. Dr. Werner Freigang

Zweitprüfer:

Dr. Edita Marx

Einreichung:

Mittweida, 01. März 2015

Bibliografische Beschreibung:

Schülke, Anja: Der psychisch kranke Schüler - Schule als Kooperationspartner der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zur Entwicklung von Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule am Beispiel der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg. 90 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida, Fakultät Soziale Arbeit, Masterarbeit, 2015

Referat:

Der Therapieerfolg bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen hängt maßgeblich von umfeldbezogenen Maßnahmen ab. Die Berücksichtigung der schulischen Belange hat dabei eine grundlegende Bedeutung. In der Fachliteratur wird wiederholt von Spannungen und Missverständnissen in der Zusammenarbeit von Schulen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie berichtet. Vor diesem Hintergrund scheint eine gelingende Kooperation beider Systeme die große Herausforderung zu sein. Gegenstand der vorliegenden Arbeit soll die Entwicklung von Strategien einer für den Patienten gewinnbringenden Zusammenarbeit von Schule und Kinder- und Jugendpsychiatrie am Beispiel der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik und den Schulen des Einzugsgebietes der Klinik sein. Dazu wird der aktuelle Stand der Zusammenarbeit mittels einer schriftlichen Expertenbefragung erhoben. Es wird der Frage nachgegangen wie zufrieden Lehrer und Therapeuten hinsichtlich der Zusammenarbeit sind und welche Wünschen und Erwartungen sie aneinander haben. Auf Grundlage der Ergebnisse der Datenerhebung werden im Anschluss Möglichkeiten einer besseren Zusammenarbeit entwickelt und diskutiert.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	10
2.1	Psychisch gesund vs. psychisch krank	10
2.2	Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	13
3	Zum Verhältnis zwischen Pädagogik und Psychiatrie	15
3.1	Pädagogik	15
3.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	16
3.3	Das Spannungsfeld zwischen Pädagogik und Psychiatrie	17
4	Untersuchungsvoraussetzungen	20
4.1	Das Schulsystem in Mecklenburg-Vorpommern	20
4.1.1	Schulpflicht	20
4.1.2	Schularten	21
4.1.3	Schule für Kranke	23
4.2	Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in Deutschland	25
4.2.1	Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg	26
4.2.2	Schule in der Tagesklinik	27
4.2.3	Schüler in der Tagesklinik	28
4.2.4	Ein exemplarischer Behandlungsverlauf	29
4.2.5	Der aktuelle Stand der Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Heimatschulen der Patienten	30
5	Zur Erhebung des Datenmaterials	32
5.1	Das Erhebungsinstrument	33
5.2	Die Untersuchungsgruppe	36
6	Analyse des Datenmaterials	37
6.1	Auswertung der Lehrerfragebögen	37
6.2	Auswertung der Fragebögen der fallführenden Therapeuten	47
6.3	Gegenüberstellung und Diskussion der Ergebnisse	53

6.3.1	Einbezug in die Behandlung	53
6.3.2	Einbezug in die Entlassungsvorbereitungen	55
6.3.3	Informationen über die psychische Störung und Empfehlungen zum Umgang mit dem Schüler	56
6.3.4	Schulische Reintegration	57
6.3.5	Einschätzung der Zusammenarbeit	59
6.3.6	Abschließende Kommentare	60
7	Strategien zur besseren Zusammenarbeit	61
7.1	Strategien zur Verbesserung der Zusammenarbeit während des Behandlungsverlaufs	61
7.2	Allgemeine Strategien zur Verbesserung der Zusammenarbeit	65
8	Zusammenfassung und Ausblick	67
9	Anhang	70
A1	Abbildung: Multidimensionale Diagnostik und Therapie bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen	70
A2	Abbildung: Schularten in Mecklenburg-Vorpommern	71
A3	Fragebogen zur Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg und den Schulen des Einzugsgebietes (Version für Lehrer)	72
A4	Fragebogen zur Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg und den Schulen des Einzugsgebietes (Version für Mitarbeiter der Tagesklinik)	79
10	Literaturverzeichnis	86
11	Erklärung zur selbständigen Anfertigung	90

1 Einleitung

Der Therapieerfolg bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist wesentlich von umfeldbezogenen Maßnahmen abhängig. Sie haben eine besondere Bedeutung. Je jünger ein Kind, desto wichtiger ist es das soziale Umfeld, wie Familie, Peers und auch Schule mit in die Therapie einzubeziehen. Demnach gehört zu einer umfassenden Diagnostik die Erfassung des psychosozialen Umfelds und möglicher Belastungen (vgl. Mattejat/Quaschner/Remschmidt 2006, S. 9). Denn: „Psychotherapie ist keine isolierte Veranstaltung, sondern sollte sich als zeitlich umgrenzte Hilfestellung verstehen, die mit anderen Hilfen abzustimmen ist“ (ebd. S. 9). Einen Überblick dazu zeigt Abbildung A1.

Die Berücksichtigung der schulischen Betreuung ist bei der Planung von therapeutischen Hilfen immer von grundlegender Bedeutung. Vor allem bei folgenden Problembereichen ergibt sich die Notwendigkeit zu enger Absprache und Kooperation mit den zuständigen Lehrern und Schulbehörden:

- „bei Fragen der richtigen schulischen Einstufung (z. B. Umschulung in einen anderen Schultyp) und der Förderung bei Teilleistungsschwäche (z. B. Legasthenieförderung);
- bei psychischen Störungen, die einen Bezug zum schulischen Bereich aufweisen (z. B. Schulphobien) oder, die sich besonders im schulischen Bereich manifestieren, so wie dies bei hyperkinetischen Syndromen oder bei einer mutistischen Symptomatik der Fall ist;
- bei schweren psychischen Störungen, die eine längere Unterbrechung des Schulbesuchs bedingen (z. B. Psychosen)“ (Mattejat 2008, S. 93).

In der Praxis kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten und Missverständnissen in der Zusammenarbeit zwischen Schule und Therapie, u. a. bedingt durch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher institutioneller Systeme und unterschiedlicher Professionen mit differierenden Vorgehensweisen, Zielsetzungen und teilweise auch Begriffen (vgl. Stein 2009, S. 93).

„Der Therapeut ist kein Pädagoge oder Lehrer, der Pädagoge kein Therapeut - gleichwohl der Pädagoge das Kind oder den Jugendlichen gut verstehen und ihm helfen will, der Therapeut sich natürlich auch in Erziehungsfragen auskennt“ (Hummel 2004, S. 537).

Vor diesem Hintergrund sind die gelingende Vernetzung und der Diskurs dieser Systeme die große Herausforderung. Nach eigenen Erfahrungen als Mitarbeiterin der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg sind Lehrer einerseits häufig überrascht über die Aufnahme ihres Schülers in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und fühlen sich dann von den Eltern übergangen oder haben andererseits oft überhöhte Erwartungen an die tagesklinische Behandlung. So erwarten sie, dass die Patienten nach der Behandlung möglichst problemlos im Klassenverband beschulbar sind oder zumindest Handlungsstrategien im Umgang mit den Schülern, die immer funktionieren sollten. Häufig wird auch der Wunsch nach einer medikamentösen Einstellung des Schülers geäußert. Auf Seiten der Therapeuten steht oft die Erwartung, dass der Lehrer Verständnis für die Problematik des Patienten aufbringen sollte oder zumindest Interesse und dass er zu möglichst individuellen Lösungsversuchen im Umgang mit ihm bereit ist. Dies führt zu Spannungen in der Zusammenarbeit und zu Unzufriedenheit auf Seiten der Lehrer und der behandelnden Therapeuten, die für die weitere Entwicklung des Schülers bzw. Patienten hinderlich sein können.

Fallbeispiel:

Ein vielleicht etwas extremes Beispiel ist das eines durchschnittlich intelligenten 10jährigen Patienten, mit der Diagnose einer sonstigen emotionalen Störung des Kindesalters. Dieser wurde als damals 8jähriger in die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg, u. a. aufgrund von massiven Schwierigkeiten und Konflikten in der Schule aufgenommen. Während der Behandlung zeigte er sich anpassungsfähig, hatte gute soziale Kompetenzen und konnte sich schnell in die Gruppe seiner Mitpatienten integrieren. Im Anschluss an die Behandlung wurde er in eine andere Grundschule seiner Stadt umgeschult, da eine weitere Beschulung an seiner Heimatschule zu belastend für ihn gewesen wäre und die Schule nur ungern dazu bereit war ihn wieder aufzunehmen. Auch

die neue Grundschule hatte sich gegen die Aufnahme des Patienten ausgesprochen. Schnell kam es auch hier zu unauflösbaren Schwierigkeiten, so dass der Patient erneut umgeschult wurde. Diesmal an eine Förderschule mit dem Förderschwerpunkt sozial emotionale Entwicklung. Hier wurde er in einer kleinen Klasse mit maximal 5 Schülern beschult. Auch an dieser Schule kam es wiederholt zu massiven Konflikten mit Mitschülern und Lehrern, die im Ergebnis zu einer erneuten tagesklinischen Aufnahme führten.

Dieses Fallbeispiel wirft die Frage auf, wie die beschriebene ungünstige Entwicklung für den Patienten im Vorfeld hätte vermieden werden können. Dies soll das Ziel der vorliegenden Arbeit sein. Es sollen die Möglichkeiten einer für den Patienten gewinnbringenden Zusammenarbeit zwischen Schule und Kinder- und Jugendpsychiatrie, als auch die Grenzen sowie die Ursachen für ein Nichtgelingen, am Beispiel der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik und den Schulen des Einzugsgebietes der Klinik, aufgezeigt werden. Dafür soll der aktuelle Stand der Zusammenarbeit dargestellt werden sowie die damit verbundenen Wünsche und Erwartungen der Lehrer und Therapeuten aneinander. Auf dieser Grundlage werden im Anschluss Verbesserungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit diskutiert. Dabei soll diskutiert werden, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit Kooperation gelingen und beispielsweise der Übergang von einer tagesklinischen Behandlung in die Schule für alle Beteiligten zufriedenstellend verlaufen kann, so dass die weitere Entwicklung des Patienten gefördert und unterstützt wird. Die Untersuchung soll am Beispiel der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg und der Schulen im Einzugsgebiet erfolgen.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich wie folgt: Zunächst wird in den Kapiteln 2 und 3 der für diese Arbeit relevante theoretische Rahmen gesteckt. Es werden die psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter näher beleuchtet und auf das Verhältnis zwischen Pädagogik und Psychiatrie eingegangen. Anschließend erfolgt im 4. Kapitel die Darstellung der Untersuchungsvoraussetzungen mit einer Vorstellung des Schulsystems in Mecklenburg-Vorpommern und der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg. Im 5. Kapitel wird die Entwicklung des eingesetzten Fragebogens beschrieben. Im 6. Kapitel erfolgt dann die Auswertung und

Gegenüberstellung des erhobenen Datenmaterials und im 7. Kapitel werden die Möglichkeiten der Verbesserung der Zusammenarbeit diskutiert. Im abschließenden 8. Kapitel erfolgen die Zusammenfassung der Ergebnisse sowie die kritische Auseinandersetzung mit der Forschungsarbeit.

Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird in dieser Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

2 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Im ersten Teil dieser Arbeit sollen zunächst der theoretische Rahmen festgelegt und die für dieses Thema relevanten Begriffe und Hintergründe beleuchtet werden. Dazu wird zunächst geklärt, ab wann ein Kind bzw. ein Jugendlicher als psychisch krank bezeichnet wird und wie häufig psychische Erkrankungen in dieser Lebensphase auftreten.

2.1 Psychisch gesund vs. psychisch krank

Die wohl bekannteste Definition von Gesundheit wurde durch die WHO (World Health Organisation) beschrieben. Demnach ist Gesundheit „ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (vgl. Verfassung der WHO, New York 1946). Diese Definition zeigt, dass körperliche Gesundheit und psychisches Wohlbefinden zusammen gehören, denn wer sich psychisch nicht wohl fühlt, ist weder richtig gesund noch in der Lage leistungsfähig zu sein. Die Definition der WHO wird vielfach kritisiert, besonders der Umstand des „vollkommenen Wohlbefindens“ ist dabei eine umstrittene Formulierung.

Zur Beschreibung von Verhaltensauffälligkeiten und normabweichenden Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen wird in der Psychiatrie der Begriff der psychischen Störung verwendet, wobei eine einheitliche Definition dieses Begriffes nur schwer vorzunehmen ist, u. a. auch deshalb, weil die Definition dessen was abweichend ist, von Kultur zu Kultur und von einem Kontext zum anderen, unterschiedlich sein kann.

Im internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), aktuell in der 10. Ausgabe, wird der Begriff der psychischen „Störung“ (disorder) verwendet, um den problematischen Gebrauch von Begriffen wie „Krankheit“ oder „Erkrankung“ weitgehend zu vermeiden (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2014, S. 26). Hier wird der Begriff Störung wie folgt beschrieben: „Störung ist kein exakter Begriff. Seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von

Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind“ (ebd. S. 26).

Die gängigen Klassifikationssysteme für Krankheiten, das ICD-10, herausgegeben durch die WHO, und das DSM IV (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen), herausgegeben durch die American Psychiatric Association (APA), orientieren sich in weiten Teilen an dem Konzept der funktionalen Norm zur Definition, was krank und was gesund ist. Dabei ist es wichtig, ob jemand die ihm zugetragenen Funktionen erfüllen kann, also z. B. ob er arbeiten bzw. zur Schule gehen, soziale Beziehungen eingehen oder genießen kann (vgl. Rief/Stenzel 2012, S. 11f.). Als weiteres Kriterium für eine psychische Störung wird neben der Abweichung von der Norm psychisches Leiden (darunter, dass die Betroffenen anders denken, fühlen und handeln als andere Menschen) vorausgesetzt.

Zum besseren Verständnis ein kleiner Exkurs zur Beurteilung psychischer Störungen anhand des Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Einschätzung des Patienten auf mehreren, üblicherweise auf sechs Ebenen bzw. Achsen relevant. Dabei beschreibt:

Achse I	das klinisch-psychiatrische Syndrom, z. B. eine Störung mit sozialer Ängstlichkeit F93.2,
Achse II	umschriebene Entwicklungsstörungen, z. B. eine Lese- und Rechtschreibstörung F81.0,
Achse III	das Intelligenzniveau, z. B. durchschnittliche Intelligenz,
Achse IV	die körperliche Symptomatik, z. B. keine somatische Bedingungen,
Achse V	psychosoziale Belastungen, z. B. abweichende Elternsituation und
Achse VI	das psychosoziale Funktionsniveau, z. B. mäßige soziale Beeinträchtigungen in mindestens ein oder zwei Bereichen des Patienten.

Im multiaxialen Klassifikationsschema werden also schon explizit auch soziale Belastungsfaktoren auf der Achse V miteingefasst. Das weist darauf hin, dass in der Behandlung psychischer Störungen das soziale Umfeld immer zu berücksichtigen ist und dementsprechend Psychiatrie bzw. Psychotherapie mit anderen Helfersystemen kooperieren muss.

Im ICD-10 Kapitel V (F) werden psychische Störungen in folgende Hauptkategorien untergliedert:

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 Suchtstörungen
- F2 Schizophrenie
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderungen
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 emotionale und Verhaltensstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (vgl. Remschmidt/Schmidt/Poustka 2009).

Es sei darauf hingewiesen, dass die beschriebenen Klassifikationssysteme eine künstliche Systematisierung von Realität bieten, welche für bestimmte Zwecke hilfreich ist, jedoch verschleiern, dass psychische Krankheit vs. psychische Gesundheit nach Antonovskis Modell der Salutogenese im Grunde eher die Pole auf einem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ darstellen (vgl. Pauls 2011, S. 102).

Zur Entstehung psychischer Erkrankungen wird das biopsychosoziale Krankheitsmodell herangezogen, welches einer ganzheitlichen Sicht auf den Patienten entspricht und alle relevanten Ebenen des menschlichen Wohlbefindens berücksichtigt. Dabei wird das biomedizinische Krankheitsmodell um psychosoziale Faktoren ergänzt. Das biopsychosoziale Modell geht davon aus, dass psychische Störungen durch komplexe Wechselwirkungen aus genetischen Prädispositionen, physiologischen Zuständen (biologisch), einer inneren psychischen Dynamik

(psychisch) und aufgrund von sozialen Bedingungen (sozial) entstehen. Dabei sind die biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren als gleichrangig bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheit und Gesundheit zu berücksichtigen (vgl. ebd. S. 98).

2.2 Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Die Epidemiologie beschäftigt sich mit der Verbreitung sowie den Ursachen und Folgen von Krankheiten in der Bevölkerung. Bezogen auf die psychischen Störungen verfolgt sie das Ziel, die Häufigkeit und den natürlichen Verlauf in der Allgemeinbevölkerung und ihren verschiedenen Gruppen einzuschätzen (deskriptive Epidemiologie) sowie Zusammenhänge zu risikoerhöhenden, auslösenden, aufrechterhaltenden und protektiven Faktoren zu ermitteln (analytische Epidemiologie). Die Prävalenzraten (Krankheitshäufigkeit) zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter variieren stark. Dies hängt u. a. mit der Vielzahl methodischer Unterschiede zwischen einzelnen Studien zusammen (vgl. Döpfner 2008, S. 40ff). So weisen nationale und internationale bevölkerungsrepräsentative Studien Häufigkeiten von 9 bis 22 % von Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens aus (vgl. Hölling/Schlack/Petermann u. a. 2014, S. 807). Ihle/Esser legten 2002 eine Metastudie zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter vor, mit dem Ergebnis, dass der Median der Periodenprävalenz der wichtigsten Studien bei 18 % lag. Das zeigt, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen vorkommen. Dabei wurden bis zu einem Alter von 13 Jahren durchgehend höhere Gesamtprävalenzen psychischer Störungen bei Jungen gefunden, wobei während der Adoleszenz eine Angleichung der Raten erfolgte. Jungen zeigten häufiger externalisierende Störungen, während bei Mädchen häufiger Essstörungen und psychosomatische Störungen vorlagen. Depressive Störungen kamen im späten Jugendalter doppelt so oft bei Mädchen vor, während diese im Schulalter häufiger bei Jungen auftraten (vgl. Ihle/Esser 2002, S. 159).

Die aktuellen Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen ein ähnliches Bild. Hier liegt die Prävalenz von psychischen Störungen bei ca. einem Fünftel der 3- bis 17-jährigen (vgl. Hölling/Schlack/Petermann u. a. 2014, S. 816). Wobei in der vertiefenden Bella-Studie (Stichprobe 7- bis 17-jährige) zusätzlich festgestellt werden kann, dass das Risiko an psychischen Störungen zu erkranken, sich bei Risikofaktoren wie einem ungünstigen Familienklima oder einem niedrigen sozioökonomischen Status bedeutsam erhöhen. Beim Auftreten mehrerer Risikofaktoren steigt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an. Es zeigte sich deutlich, dass bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen Ressourcen im personalen, familiären und sozialen Bereich stärker ausgeprägt sind. Bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen traten mit 10,0 % am häufigsten Ängste, neben Störungen des Sozialverhaltens mit 7,6 % und Depressionen mit 5,4 % auf (vgl. Ravens-Sieberer/Wille/Bettge u. a. 2007, S. 873).

3 Zum Verhältnis zwischen Pädagogik und Psychiatrie

Da sich diese Arbeit mit der Kooperation zwischen Pädagogik und Psychiatrie beschäftigen wird und diese Systeme mit unterschiedlichen Zielen, Aufträgen und Begriffen arbeiten, was in der täglichen Arbeit zu Rollenüberschneidungen führt und zu Konkurrenz zwischen den verschiedenen Professionen führen kann, sollen an dieser Stelle beide Bereiche vorgestellt und auf das Verhältnis zwischen beiden Professionen eingegangen werden.

3.1 Pädagogik

In den nachfolgenden Erläuterungen wird es hauptsächlich um Pädagogen im Sinne von Lehrern gehen, da diese Gegenstand der Untersuchung sind.

Als Pädagogik wird die Lehre, Theorie und Wissenschaft von der Erziehung und Bildung von Kindern und Erwachsenen bezeichnet. Dabei sind Bildung und Erziehung die Grundbegriffe der deutschen Erziehungswissenschaft. Ihre Abgrenzung voneinander ist schwierig. Sie wurden in verschiedenen historischen Epochen explizit konkurrent verwendet, in anderen, wie auch heute, weitgehend synonym (vgl. Harter-Meyer 1999, S. 10).

In der Pädagogik gibt es keine „verbindliche“ Gliederung und Systematik. Es gibt verschiedene Subdisziplinen, welche sich etabliert haben, wie z. B. Allgemeine Erziehungswissenschaft, Sozialpädagogik, Erwachsenenpädagogik, Sonderpädagogik und einige mehr. Unterhalb der Subdisziplinen sind verschiedene Fachrichtungen zu unterscheiden, die als Spezialisierungsversuch noch nicht den Charakter von Subdisziplinen erreicht haben, wie z. B. Medienpädagogik, Freizeitpädagogik oder Umweltpädagogik. Schließlich gibt es verschiedene Praxisfelder (Gesundheitserziehung, Verkehrserziehung, Umwelterziehung etc.), die nicht immer eine eigene Fachrichtung hervor gebracht haben und Gegenstand erziehungswissenschaftlicher Forschung sind (vgl. Gudjons 2012, S. 24ff.). Zwischen Pädagogik und Erziehungswissenschaften wird heute nur noch selten unterschieden. Beide Begriffe werden weitgehend synonym nebeneinander verwendet (vgl. ebd. S. 21).

Die Begriffe Erziehung und Bildung gehören neben Sozialisation, Lernen und Lebensbegleitung zu den Grundbegriffen der deutschen Erziehungswissenschaften. Schulische Bildung und Erziehung sollen Kinder und Jugendliche befähigen aktiv und verantwortungsvoll am sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Leben teilzuhaben. Dazu sollen sie ihnen Wissen und Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Einstellungen und Haltungen vermitteln mit dem Ziel, die Entfaltung der Persönlichkeit und die Selbstständigkeit ihrer Entscheidungen und Handlungen zu fördern (vgl. § 2 Abs.2 SchulG M-V).

Die Kultusministerkonferenz (KMK) hat zusammen mit Lehrgewerkschaften und -verbänden die Aufgaben von Lehrerinnen und Lehrern festgelegt. Dazu gehören:

- Unterrichten,
- Erziehen,
- Beurteilen, Beraten,
- Weiterentwickeln eigener Kompetenzen durch Fort- und Weiterbildung,
- Beteiligung an der Schulentwicklung und
- Unterstützung von interner und externer Evaluation (vgl. KMK 2000).

3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ähnlich wie bei den Pädagogen, gibt es auch bei den Medizinerinnen eine heterogene Gruppe unterschiedlicher Fachrichtungen und Praxisfelder. In der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (vgl. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2013, S. 97) sind die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie definiert. Dort heißt es „Das Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld“.

Eine direkte Konkurrenz zwischen beiden Professionen ist also aufgrund der Berufsfelddefinition an sich ausgeschlossen, so dass eher inhaltliche Aspekte, die zu Spannungen in der Arbeit miteinander führen, in Betracht kommen (vgl. Schulte-Markwort/Riedesser 1999, S. 45f).

Um den oben beschriebenen Aufgaben gerecht zu werden, können Kinder- und Jugendpsychiater nicht nur von äußeren Verhaltensweisen ausgehen, sondern müssen sich vielmehr auf die intrapsychischen Vorgänge bei Kindern und Jugendlichen und ihren Familien konzentrieren. Dafür ist eine besondere und „unpädagogische“ Zugangsweise nötig. Die Patienten wollen und sollen aufgrund ihrer seelischen Dimensionen (die sich auch im Verhalten äußern können) verstanden werden (vgl. ebd. S. 42).

3.3 Das Spannungsfeld zwischen Pädagogik und Psychiatrie

In der Psychiatrie kooperiert Pädagogik mit einem medizinisch geprägten System. Harter-Meyer (1999, S. 7ff.) beschreibt in diesem Zusammenhang das Verhältnis zwischen Pädagogik und Psychiatrie in vielfacher Hinsicht als prekär. Sie sieht als Erziehungswissenschaftlerin u. a. folgende Schwierigkeiten: Zum einen die Unkenntnis und mangelnde Anerkennung des aktuellen erziehungswissenschaftlichen Forschungsstandes im Bereich Theorie und Praxis der Schule von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Als Gründe dafür sieht sie u. a. historische Aspekte. Dabei greift sie auf die Untersuchung von Ursula Engel (1996) „Zum Verhältnis von Psychiatrie und Pädagogik“ zurück, welche nachweist, „dass seit der Konstituierung der Psychiatrie im 18./19. Jahrhundert explizit und implizit allen unterschiedlichen Ansätzen gemeinsam war, dass die Qualifizierung von Praktiken und Theorien als „pädagogisch“ eine negative Bedeutung hatte“ (zit. n. Harter-Meyer 1999, S. 25). Zum anderen stellt Harter-Meyer Überlegungen an, ob individuelle lebensgeschichtliche Erfahrungen und Aspekte der beruflichen Sozialisation von Kinder- und Jugendpsychiatern auch heute noch deren Lehrerbild beeinflussen. Sie gibt auch zu bedenken, dass durch die beruflichen Erfahrungen mit Patienten, welche über Lehrer berichten, die psychisch belastete und gestörte Kinder nicht verstehen und fördern, sie ablehnen und benachteiligen, nur eine einseitige Sichtweise entsteht und stellt sich die Frage, ob die Abwer-

tungen gegenüber Lehrern mit der Schwierigkeit verbunden sein können, sich auf Dauer gegen solche Erzählungen abgrenzen zu können. Abschließend geht sie auf das Kassenärztliche Honorierungssystem ein, in welchem therapeutische Settings mit Kindern und deren engen Bezugspersonen vergütet werden. Kontakte und Kooperation mit Lehrern passen jedoch nicht in dieses Arzt-Patient-Schema. Deshalb ist für sie fraglich, ob dies ein Grund dafür sein kann, dass die Schule in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus dem Blick gerät.

Als Gründe für das mangelnde Interesse von Lehrern an psychisch kranken und belasteten Kindern und Jugendlichen führt Harter-Meyer (1999, S. 30) das Tabu von Krankheit im erziehungswissenschaftlichen Diskurs an. Lehrer werden kaum mit Krankheit in der Schule konfrontiert, denn „Kranke sind zu Hause und wenn sie doch in die Schule kommen, ist die Krankheit nicht von Bedeutung“ (ebd. S. 30). Kranke Schüler gibt es an Sonderschulen und dort werden sie von Sonderpädagogen unterrichtet. Auch das Tabu von Psychiatrie im erziehungswissenschaftlichen Diskurs sieht sie als Grund. Dies zeigte sich in einer qualitativen Befragung von Lehrern. Hier wurden große Ängste vor psychischen Erkrankungen und der stationären Psychiatrie deutlich. Dabei geht es u. a. um die Angst bei Suizidversuchen, Psychosen oder starken Essstörungen der Schüler handlungsunfähig zu sein, da Lehrer nicht, wie Ärzte und Therapeuten, dafür ausgebildet sind mit diesen Schwierigkeiten umzugehen. Verstärkt wird diese Hilflosigkeit durch fehlende Informationen der behandelnden Ärzte und der Lehrer der Schulen für Kranke. Auch in der schulpädagogischen Literatur wird zum Umgang mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen kaum etwas publiziert (vgl. ebd. S. 30ff.).

Schulte-Markwort und Riedesser (1999, S. 46) sehen einen fundamentalen Unterschied zwischen einem pädagogischen Zugang zu Kindern und Jugendlichen und einem kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. –psychotherapeutischen. „Ist auf der einen Seite neben der Diagnostik der kognitiven Fähigkeiten eines Kindes die ständige Motivation, das Aktivieren und die Mobilisation kindlicher primär kognitiver, aber natürlich auch emotionaler Ressourcen notwendig, steht auf der anderen Seite die bedingungslose Diagnostik und das bedingungslose Verstehen im Vordergrund. Geht es auf der einen Seite um Erklären, Üben, Prüfen und Bewerten, so erfordert psychotherapeutisches Vorgehen Einfühlung, Formulie-

rung gemeinsamer Ziele, die Suche nach Autonomie, Zufriedenheit und Glück, um nur ein paar mögliche Ziele zu nennen“ (Schulte-Markwort/ Riedesser 1999, S. 46).

Ein Lehrer, der sich um ein Verstehen der intrapsychischen Motivation der Schüler bemüht bekommt erhebliche Konflikte. So kann ein Lehrer, der versteht, dass ein stilles Kind aus Angst nichts sagt, die mündliche Leistung des Kindes nicht mit ungenügend bewerten. Das heißt, dass eine pädagogische Haltung immer auch eine gewisse Distanz zur Psyche des Schülers braucht, um handlungsfähig zu bleiben. Das bedeutet jedoch nicht, dass ein Lehrer nicht verständnisvoll sein kann und sollte (vgl. Schulte-Markwort, Riedesser 1999, S. 47).

4 Untersuchungsvoraussetzungen

Vor dem beschriebenen theoretischen Hintergrund möchte ich nun die, für die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Neubrandenburg relevanten Voraussetzungen darstellen. Dazu gehört das Schulsystem in Mecklenburg-Vorpommern mit einer kurzen Vorstellung der Rahmenbedingungen der Schule für Kranke und die Gegebenheiten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen und dabei insbesondere in der untersuchten Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Neubrandenburg.

4.1 Das Schulsystem in Mecklenburg-Vorpommern

Im Vergleich zum medizinischen System, welches in Deutschland übergreifend strukturiert und organisiert ist, ist das Schulsystem in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich aufgebaut, denn die Kulturhoheit für Schulunterricht obliegt den einzelnen Bundesländern. Da in dieser Arbeit die Zusammenarbeit mit Schulen aus dem Einzugsgebiet der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Neubrandenburg untersucht werden soll, erfolgt an dieser Stelle ein kleiner Exkurs zum Schulsystem in Mecklenburg-Vorpommern. Im Schulgesetz von Mecklenburg-Vorpommern finden sich Regelungen zur Schulpflicht, zu den Schularten und zur Durchführung des Unterrichts für kranke Schüler.

4.1.1 Schulpflicht

Gemäß § 41 des Schulgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (SchulG M-V) ist schulpflichtig, wer im Land Mecklenburg-Vorpommern seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder seine Ausbildungs- oder Arbeitsstätte hat. Dabei umfasst die Schulpflicht:

1. die Pflicht zum Besuch von Schulen des Primarbereichs und des Sekundarbereichs I für zusammen neun Schuljahre (Vollzeitschulpflicht) und
2. die Pflicht zum Besuch von Schulen des Sekundarbereichs II bei Vollzeitunterricht für mindestens ein, in sonderpädagogisch geführten Klassen für zwei, bei Teilzeitunterricht für in der Regel drei Schuljahre.

Den Beginn der Schulpflicht regelt § 43 SchulG M-V. Hier heißt es in Absatz 1, die Schulpflicht beginnt für Kinder, die spätestens am 30. Juni eines Jahres sechs Jahre alt werden, mit dem 1. August desselben Jahres.

4.1.2 Schularten

Die Abbildung A2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Schularten in Mecklenburg-Vorpommern, die nachfolgend kurz beschrieben werden. Regelungen zu den Schularten finden sich im Einzelnen im Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (vgl. §§ 11 ff. SchulG M-V).

Grundschule

Die Schulausbildung beginnt mit der Einschulung in die Grundschule. Diese umfasst die Jahrgangsstufen 1 bis 4 und die Diagnoseförderklasse (DFK) 0 bis 2. Wurde vor der Einschulung festgestellt, dass ein Kind eine besondere individuelle Förderung benötigt, kann es eine DFK-Klasse besuchen. Diagnostik, Beratung und Förderung erfolgen in Zusammenarbeit durch die Grund- und Förderschullehrkraft mit dem Ziel innerhalb von drei Jahren Entwicklungsrückstände und Beeinträchtigungen zu mindern oder zu beseitigen, um eine Fortsetzung der Schullaufbahn in der Grundschule zu ermöglichen.

Schulartunabhängige Orientierungsstufe

Der Schüler besucht im Anschluss an die Grundschule die zweijährige schulartunabhängige Orientierungsstufe in der Regel an einer Regionalen Schule oder an einer Gesamtschule. Hier wird er auf den Wechsel in die 7. Klasse einer weiterführenden Schule vorbereitet. Am Ende der Orientierungsstufe erhalten die Eltern eine Empfehlung zur weiteren Schullaufbahn ihrer Kinder.

Regionale Schulen

Die Regionale Schule umfasst die Jahrgangsstufen 5 bis 10. Hier können die Berufsreife oder die Mittlere Reife erworben werden. Die Schüler erhalten eine erweiterte Allgemeinbildung und durch eine Berufsfrühorientierung Hilfen für die anstehende Berufswahl. Ein Wechsel an das Gymnasium ist bei entsprechenden schulischen Leistungen möglich.

Gesamtschule

In der Gesamtschule werden Schüler der Jahrgangsstufen 5 bis 12 unterrichtet. Zwischen allen Bildungsgängen und Abschlüssen besteht eine Durchlässigkeit, so dass ein Wechsel der Schullaufbahn an derselben Schule möglich ist. Es wird zwischen Kooperativen Gesamtschulen (KGS), in denen getrennte Regional- und Gymnasialklassen bestehen, und integrierten Gesamtschulen (IGS), in denen die Schüler in einzelnen Fächern in verschiedene Leistungskurse aufgeteilt werden, unterschieden.

Gymnasium

Das Gymnasium umfasst die 7. bis 12. Klasse. Hier können die Schüler das Abitur erwerben. Anerkannte Gymnasien können 5. und 6. Jahrgangsstufen führen (Musik- und Sportgymnasien, ausgewählte Gymnasien mit Hochbegabtenklassen).

Förderschule

An einer Förderschule werden Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf unterrichtet. Sie können die Jahrgangsstufen 1 bis 10 umfassen. Es gibt folgende sonderpädagogische Förderschwerpunkte:

- Lernen,
- Sprache,
- emotionale und soziale Entwicklung,
- Sehen,
- Hören,
- geistige Entwicklung,
- körperliche und motorische Entwicklung,
- Unterricht für kranke Schüler.

Berufliche Schule

Nach dem Besuch der allgemeinbildenden Schule kann eine berufliche Schule besucht werden. Hier können sich die Jugendlichen auf einen Beruf vorbereiten, einen Beruf erlernen oder die Möglichkeit nutzen schulische Abschlüsse zu erwerben. Es gibt verschiedene Schularten, wie die Berufsschule, Berufsfachschule, die Höhere Berufsfachschule, das Fachgymnasium, die Fachoberschule und Fachschule. Innerhalb dieser Schularten gibt es unterschiedliche Bildungsgänge.

Ganztagsschule

Ganztagsschulen sind keine eigene Schulart, sondern ein Angebot für eine ganztägige Bildung und Betreuung. Sie integrieren neben dem Fachunterricht das fächerübergreifende Lernen, die Hausaufgabenbetreuung sowie Freizeit- und Sportangebote in den Schulalltag. So bieten sie mehr Möglichkeiten für die Umsetzung innovativer pädagogischer Konzepte und fördern gleichermaßen schwächere und begabte Schüler.

Schulen in freier Trägerschaft

Schulen in freier Trägerschaft sind gekennzeichnet durch besondere Formen und Inhalte der Erziehung und des Unterrichts. Die Schulgestaltung, insbesondere die Entscheidung über die pädagogische, religiöse oder weltanschauliche Prägung, die Festlegung der Lehr- und Unterrichtsmethoden, der Lehrinhalte und die Organisation des Unterrichts, liegen im Vergleich zu staatlichen Schulen bei den Trägern der Schule.

4.1.3 Schule für Kranke

Die Beschulung stationärer und teilstationärer Patienten von Kinder- und Jugendpsychiatrien ist ein fester Bestandteil des Behandlungskonzeptes. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik ist eine ärztlich-medizinische Einrichtung, d. h. dass Entscheidungen über Aufnahme, Therapiemethoden und Entlassungen grundsätzlich im Rahmen der ärztlichen Verantwortung getroffen werden. So ist Schule zwar ein wichtiger Teil, aber letztlich den grundsätzlichen Entscheidungen „nachgeordnet“. Die Schule für Kranke ist kein Teil des medizinischen Systems.

Sie ist der Schulaufsichtsbehörde unterstellt (vgl. Schulte-Markwort/Riedesser 1999, S. 51). Die Kultusministerkonferenz (KMK) hat 1998 auf Bundesebene „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ veröffentlicht. Danach kann dieser als Krankenhausunterricht, als Unterricht an einer „Schule für Kranke“ oder als Hausunterricht durchgeführt werden. Umfang und Form werden unter Berücksichtigung der Aufgaben und Erfordernisse von Klinik und Schule festgelegt. Dabei bedarf es der Zusammenarbeit von Lehrkräften und dem therapeutischen Team. Da das Schulsystem, wie schon beschrieben, in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich organisiert ist, kommt eine dieser vier Möglichkeiten den Unterricht zu organisieren in Betracht:

- als selbstständige Schule für Kranke als eine von zehn Sonderschultypen,
- als Verbundschule mit einer anderen Sonderschule,
- als befristete oder unbefristete Abordnung von Lehrern aller Schulformen und
- als zentrale Entsendung von Lehrern (vgl. Peters o.J.).

Die gesetzlichen Grundlagen der Schule für Kranke in Mecklenburg Vorpommern sind eher rudimentär. Sie orientieren sich im Wesentlichen an den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz.

Zu den Aufgaben der Lehrer in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen gehören die Prüfung des schulischen Leistungsstandes eines Schülers, die Aufrechterhaltung des schulischen Leistungsstandes, therapeutische Schulversuche und die Mitwirkung bei Therapie und Diagnostik (vgl. Remschmidt 2011, S. 508). Dabei unterrichten Lehrer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter sehr speziellen Bedingungen, da die Schüler extreme Verhaltensprobleme aufweisen und einen individuellen Förderbedarf haben. Aufgrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen sind die Behandlungs- und somit Unterrichtszeiträume stark verkürzt. Zudem besteht eine hohe Fluktuation in der Lerngruppe. Der Unterricht verfolgt entweder das Ziel der Reintegration in die Heimatschule, welche nach ganz anderen Prinzipien strukturiert ist, oder Veränderungen der Schullaufbahn vorzubereiten. Zusätzlich sind die Lehrer mit den hohen Erwartungen der Eltern, der Pädagogen an den Heimatschulen und der behandelnden Therapeuten konfrontiert (vgl. www.schups.org).

Diese speziellen Bedingungen und verschiedenen Erwartungen stellen hohe Anforderungen an Lehrer in diesem Arbeitsfeld. Diese werden ihnen, wie schon beschrieben, nicht im Studium vermittelt und auch im Bereich der Fortbildung gibt es nur wenige passende Angebote. Dies betrifft nicht nur den Umgang mit den Schülern, welche sich in hoch problematischen Lebenssituationen befinden, sondern auch die Form des Unterrichtens, welche besondere Flexibilität erfordert, so dass ein hohes emotionales und fachliches Engagement von den Lehrern gefordert ist (vgl. Frey 2008, S. 146f.).

4.2 Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in Deutschland

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung der Patienten erfolgt in Deutschland ambulant oder stationär. Dabei erfolgt die ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ambulanzen oder Tageskliniken. Niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten behandeln ihre Patienten selbständig in eigener Praxis. In einer Ambulanz haben Patienten die Möglichkeit außerhalb der Versorgung durch niedergelassene Psychiater/Psychotherapeuten eine ambulante Behandlung in Anspruch zu nehmen. Zentrale Aufgaben von Ambulanzen sind Diagnostik, Übernahme von psychotherapeutischen Behandlungen (wenn keine ausreichenden Kapazitäten bei niedergelassenen Psychotherapeuten vorhanden sind), Indikationsstellung zur weiterführenden ambulanten oder (teil-)stationären Behandlung, Krisenintervention sowie Beratung. Diese werden meist von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten übernommen. Sie arbeiten in einem multiprofessionellen Team mit Sozialarbeitern, Pflegepersonal und anderen Fachtherapeuten zusammen. Hier werden die Patienten behandelt, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung angewiesen sind. Patienten bei denen eine ambulante Versorgung nicht ausreicht, können teilstationär in eine Tagesklinik aufgenommen werden. Tageskliniken sind in der Regel vollstationären Kliniken angegliedert. Die therapeutische Behandlung wird wohnortnah und tagsüber in der Woche angeboten. Abends und nachts können die Patienten dann zuhause sein und haben so die Möglichkeit den Kontakt zu nahen Bezugspersonen auf-

rechtzuerhalten. Vermutlich gibt es gerade deshalb besonders im Kinder- und Jugendbereich einen deutlich erhöhten Anteil an teilstationären Behandlungsplätzen von ca. einem Fünftel aller Behandlungsplätze in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (vgl. Schulz/Bargaan/Harfst u.a. 2008, S. 18f.). Tageskliniken können als Übergangsform zwischen ambulantem und stationärem Setting gesehen werden. Ihr Behandlungsangebot kann besonders in Situationen unterstützen, in denen die ambulante Behandlung nicht ausreicht oder ein vollstationärer Klinikaufenthalt nicht notwendig oder bereits beendet ist. Vollstationär in die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik werden Patienten aufgenommen, die an einer schweren psychischen Erkrankung sowie an kombinierten und chronischen Störungen leiden oder Patienten, bei denen eine ambulante Diagnostik zur Abklärung der Störung nicht ausreicht. Hier werden alle psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters behandelt. Zu den typischen Patienten zählen mehrfach psychosozial belastete Kinder und Jugendliche aus einem häufig nicht mehr tragfähigen familiären oder institutionellen Umfeld. Die Kliniken verfügen über ein umfassendes diagnostisches und multiprofessionelles therapeutisches Angebot.

4.2.1 Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg

Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg gehört zum MediClin Müritz-Klinikum in Waren (Müritz) und ist der vollstationären Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Röbel (Müritz) zugeordnet. Sie wurde im September 2007 eröffnet und bietet psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ein umfangreiches multiprofessionelles therapeutisches Angebot. Es stehen aktuell 19 tagesklinische Behandlungsplätze in drei altersmäßig zugeordneten Gruppen zur Verfügung. Patienten im Kindergarten- und Grundschulalter von vier bis neun Jahren werden in der „Wiesengruppe“ behandelt und betreut. Patienten im Alter zwischen neun und zwölf Jahren sind der „Wassergruppe“ und jugendliche Patienten der „Waldgruppe“ zugeordnet. Darüber hinaus werden individuelle Regelungen entsprechend dem Entwicklungsstand der Patienten gefunden.

In der Tagesklinik werden Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 18 Jahren behandelt. Die Behandlung und Betreuung findet tagsüber von Montag bis Freitag in der Zeit von 07:30 Uhr bis 17:00 Uhr statt. Abends und am Wochenende sind die Patienten dann wieder in ihrem gewohnten sozialen Umfeld. Dadurch wird eine hohe Therapiedichte erreicht, ohne dass aufgrund der Behandlung eine gänzliche oder längerfristige Herauslösung der jungen Patienten aus ihrem vertrauten familiären und sozialen Umfeld notwendig wird. Das soziale Umfeld ist in der Tagesklinik wichtiger Bestandteil der Therapie. Die Familie und weitere Bezugspersonen sowie Erzieher und Lehrer werden aktiv in die Behandlung mit einbezogen. Die Therapie orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen und beinhaltet tiefenpsychologische, sozialpsychiatrische, verhaltenstherapeutische und systemische Ansätze. Jeder Patient erhält einen an seine Bedürfnisse angepassten Therapieplan. Im Vorfeld der Aufnahme in die Tagesklinik findet ein Erst- bzw. Vorgespräch in der zur Tagesklinik gehörigen Institutsambulanz statt. Auch die Nachsorge, welche sich an eine tagesklinische Behandlung anschließen kann, wird dort organisiert (vgl. MediClin Müritzklinikum o.J., Flyer).

4.2.2 Schule in der Tagesklinik Neubrandenburg

Zur Therapie in der Tagesklinik gehört auch der Besuch der Klinikschule. Damit ist es einerseits möglich Diagnostik und Verhaltensbeobachtung auch im schulischen Bereich zu gewährleisten, zum anderen haben die Patienten die Möglichkeit, trotz der Behandlung in der Klinik, den Anschluss an die Unterrichtsinhalte der Heimatschule nicht zu verlieren. In der Tagesklinik arbeiten aktuell zwei Lehrer des Förderzentrums Neubrandenburg. In der Regel beschulen sie die Patienten in der altersentsprechenden Gruppe ihrer Mitpatienten. Bei Bedarf ist auch Einzelunterricht möglich. Die Lehrer sind Teil des multiprofessionellen Teams der Tagesklinik und halten engen Kontakt zu den Therapeuten und dem Pflege- und Erziehungsdienst (PED). In Schulbesprechungen mit den behandelnden Therapeuten wird über die schulische Entwicklung der Patienten gesprochen und es werden Informationen ausgetauscht, welche im Unterricht und bei der weiteren Therapieplanung zu berücksichtigen sind.

4.2.3 Schüler in der Tagesklinik

In dieser Arbeit geht es um Schüler mit psychischen Störungen, welche sich in tagesklinischer Behandlung befinden oder befanden. Dazu zählen Schüler, wie schon in Kapitel 2.2 angeführt, mit emotionalen Störungen (wie Depressionen, Ängsten), mit Störungen des Sozialverhaltens verbunden mit oppositionellen, aufsässigen bis aggressiven Verhaltensweisen sowie mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen. Zusätzlich weisen diese Schüler häufig eine geringe psychische Belastbarkeit auf. Sie sind affektlabil, können ihre Emotionen schlecht regulieren und sich nur unzureichend steuern und strukturieren. Oft liegen Leistungsversagen und/oder Leistungsverweigerung vor. Den Kindern und Jugendlichen fehlen häufig die Fähigkeiten eigene Bedürfnisse zu verbalisieren. Teilweise fehlen ihnen auch grundlegende Alltagskompetenzen.

Da die Tagesklinik der vollstationären Klinik in Röbel zugeordnet ist, werden die Patientenzahlen nur allgemein für die gesamte Kinder- und Jugendpsychiatrie an beiden Standorten erfasst, jedoch nicht für die einzelnen Standorte bzw. extra für den vollstationären oder teilstationären Bereich. Um einen Überblick über die Anzahl der behandelten Patienten in der Tagesklinik Neubrandenburg zu erhalten wurden klinikinterne Visitenlisten zu Hilfe genommen und die Patientenzahlen für 2013 ausgezählt.

Im Jahr 2013 waren ca. 100 Patienten in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg in Behandlung. Davon waren ca. 90 Schüler und 10 Patienten besuchten den Kindergarten. Von den 90 Schülern waren ca. $\frac{2}{3}$ Grundschüler inklusive Schüler aus Diagnoseförderklassen (DFK) und ca. $\frac{1}{3}$ Schüler der Regionalschulen, Förderschulen und Gymnasien.

4.2.4 Ein exemplarischer Behandlungsverlauf

Eine Behandlung in der Tagesklinik beträgt ungefähr zwölf Wochen. Dabei kann die Behandlungszeit individuell verkürzt oder verlängert werden. Ein exemplarischer Behandlungsverlauf von der Aufnahme bis zur Entlassung aus der Tagesklinik kann wie folgt aussehen:

Der Patient kommt nach der vorangegangenen Vorstellung in der Institutsambulanz oder durch die Überweisung eines niedergelassenen Facharztes gemeinsam mit seinen Eltern bzw. anderen sorgeberechtigten Personen zum Aufnahme-termin in die Tagesklinik. In einem gemeinsamen Aufnahmegespräch wird er von seinem fallführenden Therapeuten und dem zuständigen Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes (PED) in die Tagesklinik aufgenommen. Dabei werden aktuelle anamnestische Daten erhoben, die Aufnahmediagnose überprüft sowie die Behandlungsziele noch einmal definiert und die zur Aufnahme notwendigen Formalitäten bearbeitet. Der Mitarbeiter des PED erhebt dann die Pflegeanamnese. Nach der Aufnahme des Patienten erfolgt eine vier- bis sechswöchige Diagnostikphase. In dieser erfolgen die psychologische und somatische Diagnostik, es werden Elterngespräche geführt und gegebenenfalls Kontakte zu flankierenden sozialen Einrichtungen aufgenommen. Bei bekannten Schwierigkeiten in der Schule wird zum Lehrer bzw. Schulsozialpädagogen Kontakt aufgenommen, um diagnostisch relevante Informationen einzuholen. Wenn die Diagnostikphase beendet ist, wird mit den Eltern, und je nach Entwicklungsstand des Kindes, auch mit diesem gemeinsam ein Auswertungsgespräch geführt. Hier werden die Diagnose und die weiteren Behandlungsmöglichkeiten und -ziele besprochen. Wenn sich eine Therapiephase anschließen soll, verbleibt der Patient in der Tagesklinik. Vier Wochen vor der geplanten Entlassung werden mit den Eltern die Entlassungsmodalitäten besprochen, um einen guten Übergang von der Tagesklinik in die Häuslichkeit und in die Schule zu gewährleisten. Dazu wird mit den Eltern und gegebenenfalls mit dem Patienten gemeinsam überlegt, welche Unterstützungsmöglichkeiten im Umfeld der Familie (z. B. durch das Jugendamt) sich an die Behandlung anschließen können und welche möglichen Unterstützungsformen für die Schule notwendig erscheinen. In diesem Zusammenhang wird auch überlegt, ob die dafür zuständigen Mitarbeiter dieser Institutionen zu Helfergesprächen eingeladen werden sollen. Häufig erscheint es sinnvoll die Lehrer der

behandelten Patienten zu Gesprächen einzuladen, um Informationen über den Patienten auszutauschen und weitere Unterstützungsmaßnahmen zu planen. Die Familie kann sich zusätzlich entscheiden, ob und wie eine schulische Reintegration bzw. die Reintegration in den Kindergarten erfolgen soll. Unter schulischer Reintegration wird eine Belastungserprobung des Patienten verstanden. Dabei erfolgt eine schrittweise Wiedereingliederung des Patienten in den Schulalltag. Der Patient wird in der Regel zwei Wochen in die Schule reintegriert. In der ersten Woche besucht er die Schule in den ersten beiden Schulstunden, in der zweiten Woche geht er die ersten vier Stunden zur Schule. Nach dem Schulbesuch kommt der Patient zur weiteren Behandlung in die Tagesklinik. Der Schulbesuch wird durch den fallführenden Therapeuten in Zusammenarbeit mit dem PED, in Form von Vor- und Nachbereitungsgesprächen mit dem Patienten, begleitet. Dazu werden mit dem Patienten im Gespräch Bewertungsbögen für den Schulbesuch ausgefüllt. Rückmeldungen der Lehrer über die vom Patienten besuchten Schulstunden werden auf gesonderten Bewertungsbögen gesammelt, um einen Eindruck über den Verlauf der Reintegration zu erhalten. Der Kontakt zur Schule wird in dieser Zeit vorwiegend durch die Sozialpädagogin gehalten. Wenn der Patient emotional stabil und die Schulreintegration positiv verlaufen ist sowie die Umsetzung der gegebenen Empfehlungen mit den Eltern besprochen bzw. in die Wege geleitet wurde, erfolgt die Entlassung aus der tagesklinischen Behandlung.

4.2.5 Der aktuelle Stand der Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Heimatschulen der Patienten

Klinikschnule

Nachdem der Patient in die Tagesklinik aufgenommen ist, wird durch die Klinikschule der Kontakt zur jeweiligen Heimatschnule aufgenommen mit der Bitte um Zusendung der entsprechenden Materialien für die pädagogische Arbeit, hauptsächlich in Form von Unterrichtsmaterialien aber auch von Förderplänen und Zeugnissen. Dies erfolgt telefonisch oder per Fax. Dazu wird von den Lehrern ein Formular genutzt, in welchem sie die Lehrer der Heimatschnulen über den Aufenthalt des Schülers in der Tagesklinik informieren und kurz den Unterricht während der Behandlung beschreiben. Danach treten die Lehrerinnen der Klinikschule nur bei individuellen Nachfragen an die Heimatschnulen heran. Am Ende

der Behandlung wird von der Kliniklehrerin für jeden Schüler ein Schulbericht erstellt. Hier werden das Sozial- und Arbeitsverhalten sowie Informationen zum Leistungsstand des Schülers und zu Unterrichtsinhalten zusammengefasst. Der Schulbericht kann von den Heimatschulen mit Einverständnis der Eltern bzw. Sorgeberechtigten angefordert werden.

Fallführende Therapeuten/Sozialpädagogen

Im tagesklinischen Behandlungsverlauf erfolgt eine Kontaktaufnahme zur Heimatschule des Patienten gegebenenfalls in der Diagnostikphase, um diagnostisch relevante Informationen zu erhalten. Diese Kontaktaufnahme erfolgt entweder durch die Sozialpädagogin der Klinik oder den fallführenden Therapeuten, welche sich telefonisch über das Verhalten des Schülers beim zuständigen Lehrer informieren oder in schriftlicher Form durch den Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Teacher`s Report Form - TRF). Der Lehrerfragebogen wird vom Therapeuten an die Eltern zur Weitergabe an den jeweiligen Lehrer ausgehändigt. Vier Wochen vor der geplanten Entlassung des Patienten wird mit den Eltern und gegebenenfalls mit dem Patienten gemeinsam überlegt, ob es eine schulische Reintegration geben soll, und/oder ob ein gemeinsames Gespräch mit den zuständigen Lehrern und den Mitarbeitern der Tagesklinik in Form einer Helferrunde erfolgen soll. Bei der Entscheidung für eine Schulreintegration bzw. ein Gespräch erfolgen die Kontaktaufnahme zur zuständigen Schule und die Organisation des Helfergesprächs und/oder der Reintegration.

5 Die Erhebung des Datenmaterials

Wie bereits beschrieben, kommt es in der Praxis in der Zusammenarbeit mit Schulen, den zuständigen Lehrern und der Tagesklinik wiederholt zu Schwierigkeiten, Missverständnissen und Spannungen. Ziel dieser Arbeit soll es sein, Strategien einer gewinnbringenden Zusammenarbeit zwischen Schulen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Sinne des Patienten zu entwickeln. Um diesem Ziel gerecht zu werden, schien es sinnvoll Methoden der empirischen Sozialforschung einzusetzen.

In der qualitativen Sozialforschung liegt das Ziel in der Exploration unbekannter Phänomene und in der Generierung und Überprüfung von Hypothesen. Um eine Hypothese zu belegen stehen dabei zwei Methoden des Erkenntnisgewinns, qualitative und quantitative Ansätze, zur Verfügung. Qualitative Forschung hat den Anspruch Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben und so zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beizutragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam zu machen (vgl. Flick/Kardorff/Steinke 2013, S. 14). Sie will also am Einmaligen, am Individuellen ansetzen. Demgegenüber will quantitative Forschung, als erklärende an allgemeinen Prinzipien, an Gesetzen oder gesetzähnlichen Aussagen ansetzen (vgl. Mayring 2010, S. 19). „Erstere versteht sich eher als induktiv, Zweitere eher als deduktiv“ (ebd. S. 19).

Vor diesem Hintergrund entstand die Idee, die Lehrer der behandelten Schüler und die fallführenden Therapeuten am Ende der Behandlung über die Zusammenarbeit zu befragen. Dadurch sollten, im Sinne einer Zustandsbeschreibung zum Zeitpunkt der Forschung, die verschiedenen Ausprägungen des Expertenwissens erhoben werden (vgl. Flick 2013, S. 255). Die Ziele der Befragung waren zu explorieren, wie die Lehrer und fallführenden Therapeuten den aktuellen Stand der Zusammenarbeit zwischen den Schulen und der Tagesklinik bewerten, welche Schwierigkeiten sie sehen und welche Verbesserungswünsche es gibt, um auf dieser Grundlage nach Möglichkeiten zur Verbesserung der Kooperation zu suchen. Um die dafür notwendigen Informationen zu erheben, wurde eine empirische Befragung in Form einer qualitativen schriftlichen Expertenbefragung mittels eines halbstandardisierten Fragebogens durchgeführt.

Mit den erstellten Fragebögen, jeweils für die Lehrer und die fallführenden Therapeuten, sollte geprüft werden, wie die Zusammenarbeit aktuell bewertet wird, welche Wünsche bzw. Erwartungen von Seiten der Lehrer/Schulen an die Tagesklinik und von Seiten der Therapeuten an die Lehrer/Schulen bestehen und wo und wann Schwierigkeiten entstehen. Dabei sollte auch mituntersucht werden, welche Maßnahmen während des Behandlungsverlaufs als positiv erlebt werden und was als schwierig erlebt wird.

In diesem Zusammenhang ist es natürlich ebenfalls wichtig, wie die behandelten Patienten bzw. Schüler und deren Eltern die Zusammenarbeit zwischen beiden Institutionen erleben und wie diese von ihnen bewertet wird. Da es bei dieser Untersuchung aber um die direkte Kooperation zwischen der Tagesklinik und den Heimatschulen der Patienten gehen sollte und der formale und zeitliche Rahmen der Arbeit eng gesteckt waren, wurde sich auf die Befragung der Lehrer und Therapeuten beschränkt.

Zur Erhebung des Datenmaterials wurde die anonyme schriftliche Expertenbefragung in Form von Fragebögen genutzt, um aufgrund der größeren Distanz zum Befragten genauere und objektivere Daten durch den Wegfall der Interviewereffekte (vgl. Porst 2014, S. 30f.) zu erhalten.

5.1 Das Erhebungsinstrument

Um alle mit dem Gegenstandsbereich der Untersuchung verbundenen Inhalte zu sammeln, wurde zu Beginn der Fragebogenerstellung ein „Brainstorming“ mit den Mitarbeitern der Tagesklinik durchgeführt (vgl. Bortz/Döring, 1995 S. 232). Aus den Ergebnissen dieser „Expertenrunde“ wurden die Fragen für den Fragebogen mit dem Titel „Fragebogen zur Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg und den Schulen des Einzugsgebietes“ abgeleitet. Den Fragebogen gibt es einmal in der Version für die Lehrer (Abbildung A3) und einmal in der Version für die fallführenden Therapeuten (Abbildung A4). Beide Fragebögen gliedern sich in zwei Themenbereiche, zum einen in allgemeine Fragen, um einen Überblick über die Gruppe der Befragten zu erhalten und zum anderen in behand-

lungsbezogene Fragen. Die Abfolge der Fragen orientiert sich am zeitlichen Ablauf der tagesklinischen Behandlung. Am Ende des Fragebogens wurde den Befragungspersonen die Möglichkeit gegeben, Kommentare oder Anregungen zu geben, welche im vorangegangenen Teil keinen Raum gefunden haben. Zur Befragung der Lehrer und Therapeuten wurden anonyme Fragebögen benutzt. Bevor der erstellte Fragebogen zur Anwendung kam, wurde mit zwei Lehrern und einem Therapeuten ein Testlauf durchgeführt, welcher als Pretest (vgl. Porst 2014, S. 190) genutzt wurde. Daraufhin wurde der Fragebogen leicht modifiziert, indem einige Fragen klarer und verständlicher formuliert wurden, um Schwierigkeiten bei der Beantwortung und bei der Auswertung des Fragebogens vorzubeugen.

Im Fragebogen wurden verschiedene Fragearten verwendet. Zum einen geschlossene Fragen, dort wo eine begrenzte und definierte Anzahl an möglichen Antwortkategorien gegeben war (vgl. Porst 2014, S. 53), z. B. in welcher Schulform unterrichtet wird oder in welcher Gruppe der Mitarbeiter der Tagesklinik eingesetzt ist. Der Vorteil von geschlossenen Fragen ist, dass sie sowohl in der Befragungssituation als auch bei der späteren Datenauswertung schnell abzuarbeiten sind. Der Nachteil dieser Frageart besteht darin, dass sich die Befragten teilweise in den vorgegebenen Antwortkategorien nicht wiederfinden, mit der möglichen Konsequenz, dass die Frage nicht beantwortet wird (vgl. ebd. S. 55). Zum anderen wurden halboffene Fragen genutzt. Diese Frageform bot sich an bei Fragen, wo die möglichen Antworten zwar gut abgeschätzt, aber nicht definitiv bestimmt werden konnten. Weiterhin dienen halboffene Fragen dazu, dem Befragten die Möglichkeit zu einer Antwort zu geben, wenn er sich in die vorgegebenen Antwortkategorien nicht einordnen kann und um so die Motivation aufrecht zu erhalten (vgl. ebd. S. 59). Bei den Fragen nach Wünschen und Verbesserungsvorschlägen wurden offene Fragen verwendet, um den Informationsgewinn zu erhöhen und Lenkungen weitgehend auszuschließen sowie zur Motivierung der Befragungspersonen einfach mal aufzuschreiben was sie denken. Zudem waren die Antwortmöglichkeiten bei einigen Fragen sehr groß (vgl. Porst 2014, S. 66ff.). Die Wahl der offenen Fragen schien geeignet, da die erhobene Datenmenge bei der geringen Anzahl an Fragebögen überschaubar war.

Der Beantwortung einer Frage liegt grundsätzlich der Prozess des Messens zugrunde. In der empirischen Sozialforschung wird der Vorgang des Messens als die regelhafte oder kodifizierte Zuordnung von Symbolen oder Zahlen zu Ausprägungen von manifesten oder latenten Variablen bezeichnet. Dabei wird zwischen verschiedenen Skalen- bzw. Messniveaus unterschieden (vgl. Porst 2014, S. 71). In den Fragebögen wurden Nominalskalen sowie Intervallskalen verwendet. Bei Nominalskalen werden den Ausprägungen einer Variablen Ziffern oder Symbole derart zugeordnet, dass sie sich logisch ausschließen. Entweder trifft das eine oder das andere zu (vgl. ebd. S. 72). In den erstellten Fragebögen wurden sie beispielsweise dazu genutzt festzustellen, ob bestimmte Ereignisse eingetreten sind. Dazu wurden die Antwortmöglichkeiten in „Ja“ oder „Nein“ unterteilt. Bei Intervallskalen wird angenommen, dass die Unterschiede zwischen den Ausprägungen gleich groß sind (vgl. Mayring 2010, S. 18). Im Fragebogen wurden Intervallskalen als endpunktbenannte, eindimensionale Skalen mit einer Skalenbreite von sieben verwendet. Sie wurden u. a. zur Zufriedenheitsmessung genutzt.

Aufgrund der kleinen Untersuchungsgruppe und des engen zeitlichen Rahmens war ein hoher Fragebogenrücklauf für die Untersuchung entscheidend. „Die höchsten Rücklaufquoten werden für Befragungen erzielt, die sich an eine homogene Teilpopulation wenden, für die der Umgang mit schriftlichen Texten nichts Ungewöhnliches ist“ (Bortz/Döring 1995, S. 235). Außerdem werden Fragebögen, die sich mit aktuellen interessanten Inhalten befassen, schneller zurück geschickt (vgl. ebd. S. 235). Diese Voraussetzungen waren in der Untersuchungsgruppe der Lehrer als auch in der, der Therapeuten gegeben. Um die Rücklaufquote der Fragebögen weiter zu erhöhen, wurden die Fragebögen persönlich ausgehändigt oder telefonisch bei den Lehrern angekündigt und ihre Einwilligung an der Befragung eingeholt. Zusätzlich gab es ein Begleitschreiben mit persönlicher Anrede, welches den Zweck der Befragung beschrieb und Anonymität zusicherte. Dem Fragebogen war ein frankierter und adressierter Briefumschlag beigelegt, um die Rücksendung so zu gestalten, dass wenig Aufwand für den Befragten entsteht. Die Befragung der Lehrer fand zeitnah und direkt im Anschluss an die Behandlung ihres Schülers statt, so dass die erfragten Informationen noch gut in Erinnerung waren.

5.2 Die Untersuchungsgruppe

Die Untersuchungsgruppe setzte sich aus den Lehrern der Heimatschulen und den fallführenden Therapeuten der während des Erhebungszeitraums (August 2014 bis Dezember 2014) behandelten Patienten zusammen. Die Erhebung erfolgte fallbezogen. Es wurden jeweils der Lehrer und der fallführende Therapeut des behandelten Patienten befragt. Aufgrund der daraus entstandenen kleinen Untersuchungsgruppe von 15 Lehrkräften und 5 Therapeuten können die ermittelten Werte nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der Lehrer und Therapeuten angesehen werden, sondern können lediglich einen Eindruck über den Befragungsgegenstand vermitteln.

6 Analyse des Datenmaterials

In diesem Kapitel soll es um die Auswertung des mittels Fragebögen erhobenen Datenmaterials gehen. Zur Auswertung werden quantitative und qualitative Methoden herangezogen. Es kann unterschieden werden, dass alle Analysen auf der Basis nominalskaliertener Messungen als qualitative Analysen gelten und solche, die auf ordinal-, intervall- oder ratio-skalierten Messungen basieren als quantitative Analysen gelten (vgl. Mayring 2010, S. 18). Die im Folgenden verwendeten Grafiken dienen der Veranschaulichung der getroffenen Aussagen. Die Daten der offenen Fragen werden in Anlehnung an die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet. Es muss jedoch angemerkt werden, dass die verwendeten Auswertungsmethoden aufgrund der geringen Datenmenge nur eine beschränkte Aussagekraft haben. Es werden zunächst die Lehrerfragebögen analysiert und dann die der Therapeuten. Im dritten Teil dieses Kapitels soll eine Untersuchung der Ergebnisse hinsichtlich der Schnittmengen der Bewertung der Zusammenarbeit sowie der Wünsche und Erwartungen an die Kooperation erfolgen.

6.1 Auswertung der Lehrerfragebögen

Der Fragebogen für die Lehrer besteht aus vier allgemeinen Fragen und zehn direkt auf die Behandlung des Schülers bezogenen Fragen. Zusätzlich gibt es im Anschluss daran die Möglichkeit weitere Kommentare abzugeben. Die Fragebögen wurden persönlich an die Lehrer ausgehändigt oder postalisch zugestellt. Es wurden 15 Fragebögen an Lehrer ausgegeben, davon sind 15 beantwortet zurückgekommen. In der Fachliteratur schwanken die Werte der Rücklaufquoten zwischen 10 % und 90 % (vgl. Wiecken 1974 zit.n. Bortz/Döring 1995, S. 235) bei schriftlichen Befragungen. Der außergewöhnlich hohe Rücklauf der Fragebögen von 100% kann mit den in Kapitel 5.1 beschriebenen Voraussetzungen für eine hohe Rücklaufquote in Zusammenhang gebracht werden. Zusätzlich scheint ein hohes Interesse an einer gelingenden Zusammenarbeit mit der Tagesklinik vorzuliegen sowie eine hohe Motivation, die eigene Sichtweise dazu mitzuteilen. Dies zeigt sich auch daran, dass viele Lehrer trotz des Hinweises, die Fragebögen anonym zu beantworten, diese unterschrieben zurücksandten. Die Auswertung des erhobenen Datenmaterials erfolgt anhand der Reihenfolge der Fragen im Fragebogen.

Allgemeine Fragen

Anhand der allgemeinen Fragen sollte zunächst ein Überblick zur besuchten Schulform, zu den unterrichteten Klassenstufen und zur Stundenzahl des Lehrers in der Klasse gegeben werden. Zusätzlich wurde erfragt, ob der Schüler als verhaltensauffällig im Schulalltag erlebt wurde. Bei der Auswertung der Fragebögen nach Schulformen wird deutlich, dass vorwiegend Grundschullehrer befragt wurden. Dies deckt sich mit den in Kapitel 4.2.3 beschriebenen Patientenzahlen, wonach es sich bei $\frac{2}{3}$ der behandelten Patienten der Tagesklinik um Grundschüler handelt. Im Untersuchungszeitraum wurde kein Lehrer aus einer Regionalen Schule oder einer Schule in freier Trägerschaft befragt. Anhand der Auswertung dieser allgemeinen Frage, kann davon ausgegangen werden, dass in der Untersuchung nicht die gesamte Bandbreite der möglichen Schulformen Berücksichtigung fand, die Lehrer der Grundschulen jedoch erwartungsgemäß am häufigsten befragt wurden.

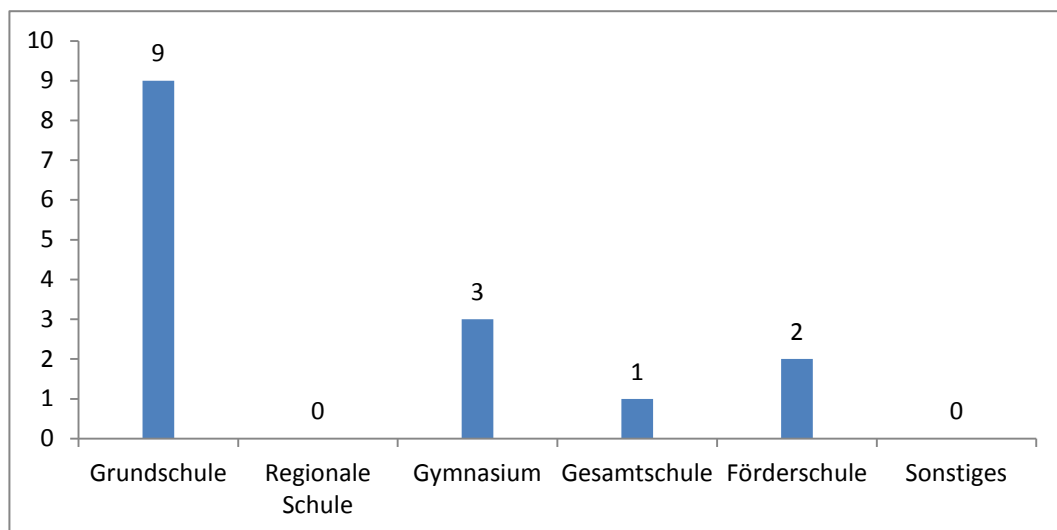


Abbildung 1: Anteil der befragten Lehrer an den besuchten Schulformen

Die befragten Lehrer der Grundschulen unterrichteten in den Klassenstufen DFK 0 und in der ersten bis vierten Klasse. Die Gymnasiallehrer unterrichteten die Klassen sieben bis zwölf, wobei ein Lehrer angab auch in der Orientierungsstufe (Klasse sechs) zu unterrichten. Der befragte Lehrer der Gesamtschule unterrichtete in der Klasse acht bis zehn, die befragten Förderschullehrer die Klassen fünf bis acht.

Zur Stundenzahl in der Klasse machte ein Lehrer keine Angaben und ein Lehrer, welcher den Fragebogen ausgefüllt hatte, hatte keine Stunde in der Klasse des behandelten Schülers. Acht Lehrer gaben eine hohe Stundenzahl (zwischen 12 und 20 Wochenstunden) in der Klasse des behandelten Schülers an. Dabei handelt es sich um die befragten Grundschullehrer, welche fächerübergreifend in ihren Klassen unterrichten. Die Lehrer der Gymnasien, Förderschule, Gesamtschule ($n = 5$) gaben eine vergleichsweise geringere Stundenzahl an (zwischen drei und neun Stunden). Bei diesen Lehrern handelt es sich demzufolge häufig um Fachlehrer, welche gleichzeitig als Klassenlehrer fungieren.

Von den befragten 15 Lehrern haben neun ihre Schüler als verhaltensauffällig erlebt. Ein Lehrer machte keine Angaben, da der Schüler neu in der Schule war. Fünf Lehrer erlebten ihren Schüler als unauffällig im Schulalltag, wobei hier auch ein Lehrer antwortete, es habe einen Schulwechsel gegeben. In der Zusammenfassung erlebten also vier Lehrer ihren Schüler als unauffällig und zwei Lehrern war der Schüler aufgrund eines Schulwechsels noch nicht bekannt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der behandelten Patienten auch oder gerade in der Schule als verhaltensauffällig erlebt werden und damit auch ein höheres Interesse daran besteht, dass Empfehlungen und Informationen zum weiteren Umgang mit dem Schüler aus der Klinik gegeben werden.

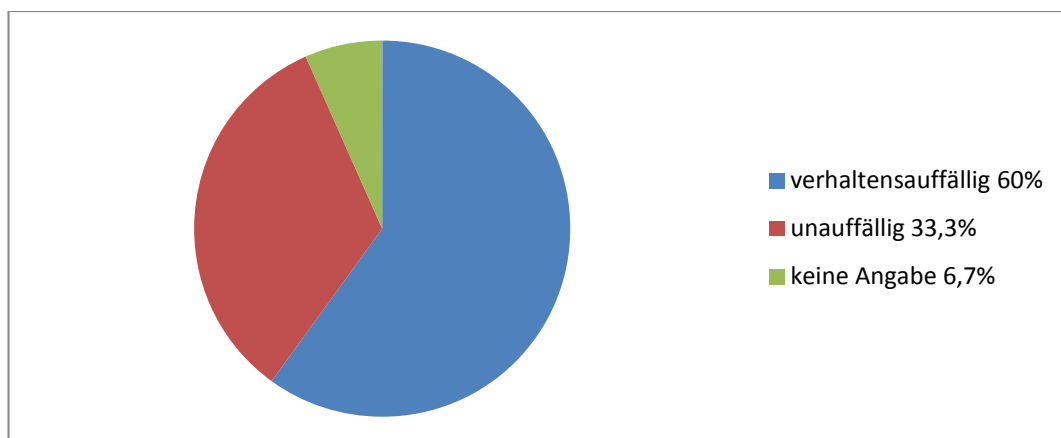


Abbildung 2: als verhaltensauffällig erlebte Schüler

Behandlungsbezogene Fragen

Bei der Frage, wann die Lehrer von der Aufnahme ihres Schülers in die Tagesklinik erfahren haben, bestand die Möglichkeit aus drei vorgegebenen Antwortkategorien zu wählen. Als Antwortmöglichkeiten wurde „vor der tagesklinischen Aufnahme“, „während der tagesklinischen Behandlung“ und „sonstiges“ vorgegeben. Acht der befragten Lehrer gaben an, „vor der tagesklinischen Aufnahme“ ihres Schülers eine Information erhalten zu haben, drei haben „während der tagesklinischen Behandlung“ eine Information erhalten. Bei den drei Lehrern, die während der Behandlung von der Aufnahme erfahren haben, gab es einen Schulwechsel des Schülers, so dass eine vorherige Information nicht möglich war. Vier Lehrer nutzten die Restkategorie „sonstiges“, von diesen haben zwei Lehrer am ersten Schultag von der Behandlung erfahren und einer schrieb, dass die Aufnahme in den Ferien erfolgte. Ein Lehrer erfuhr von der tagesklinischen Behandlung nach der Entlassung des Schülers aus der Klinik.

Die Information über die Aufnahme des Schülers erfolgte vorrangig durch die Eltern. Dies gaben 12 der 15 befragten Lehrer an. In einem Fall hatte ein Schüler den Lehrer selbständig informiert, einmal informierte das Heim, in dem der Schüler lebt die Schule und ein Lehrer machte keine Angaben zu dieser Frage. Dies zeigt, dass Eltern und Schüler die Verantwortung dafür übernehmen, die Schulen bzw. die Lehrer über die geplante Aufnahme bzw. die zu erwartenden Fehlzeiten in der Schule zu informieren.

Zur Frage, ob der Lehrer in die Behandlung des Schülers miteinbezogen wurde, gaben ca. $\frac{1}{3}$ der Lehrer ($n = 6$) an in die Behandlung ihres Schülers miteinbezogen worden zu sein. Die gegebenen Antworten konnten in Kategorien zusammengefasst werden. Zum einen ergab sich die Kategorie ‚Zuarbeit durch Vorbefunde‘, also Daten, die der Schule vorliegen und die für die psychotherapeutische Behandlung relevant sind (wie Zeugniskopien, Förderplan, Ausfüllen des Lehrerfragebogens TRF) und zum anderen ergab sich die Kategorie ‚Schulaufgaben für den Klinikunterricht übermitteln‘. Drei Lehrer konnten beiden Kategorien zugeordnet werden, zwei Lehrer jeweils einer der Kategorien, ein Lehrer gab an, hauptsächlich durch die Eltern in die Behandlung miteinbezogen worden zu sei, wobei unklar blieb, wie dieser Einbezug erfolgte. Neun Lehrer fühlten sich nicht in die Behandlung miteinbezogen, wobei es zwei Schulwechsel gab und ein

Lehrer bei dieser Antwortkategorie angab, dass er Lern- und Arbeitsaufgaben übermittelt habe. Dieser würde somit in die Kategorie ‚Schulaufgaben für den Klinikunterricht übermitteln‘ fallen. Er hatte jedoch nicht den Eindruck, dadurch in die Behandlung miteinbezogen worden zu sein.

Die Angaben zur Information über die Entlassung des Schülers variieren sehr stark, wobei ein Lehrer keine Angaben zu dieser Frage machte. Im Fragebogen für die Lehrer gab es die Möglichkeit den Zeitraum, in dem die Information über die Entlassung des Schülers erfolgte, einzugrenzen. Als vorgegebene Antwortkategorien wurden „4 Wochen vorher“, „2 Wochen vorher“, „in der Woche der Entlassung“ sowie die Kategorie „zu einem anderen Zeitpunkt“ als Möglichkeit angegeben. Die Kategorie „zu einem anderen Zeitpunkt“ wurde von acht Lehrern genutzt. Zur Veranschaulichung werden die Ergebnisse in zwei Diagrammen dargestellt. Zum einen werden die Ergebnisse der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gezeigt (Abbildung 3), zum anderen wird die Antwortkategorie „zu einem anderen Zeitpunkt“ aufgeschlüsselt (Abbildung 4).

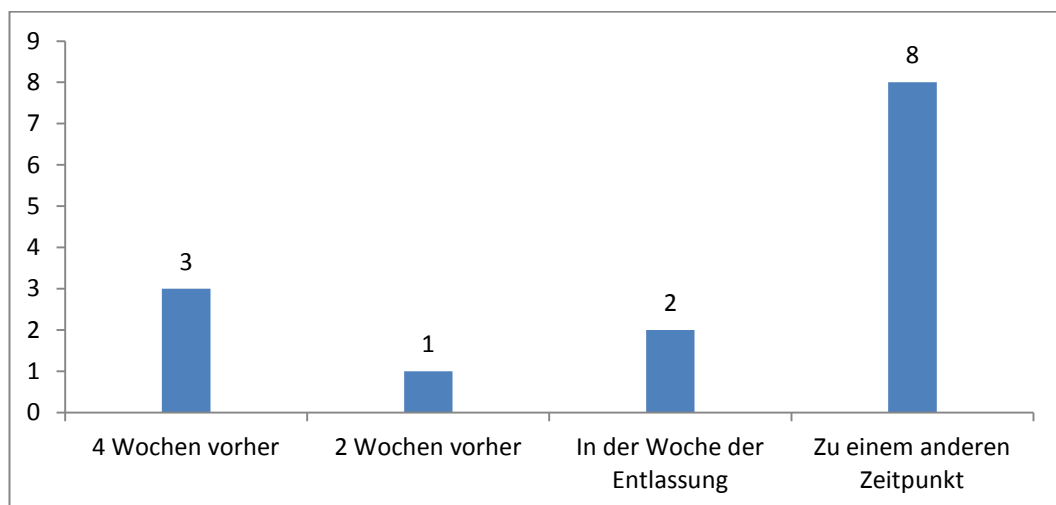


Abbildung 3: Zeitpunkt der Information über die Entlassung des Patienten

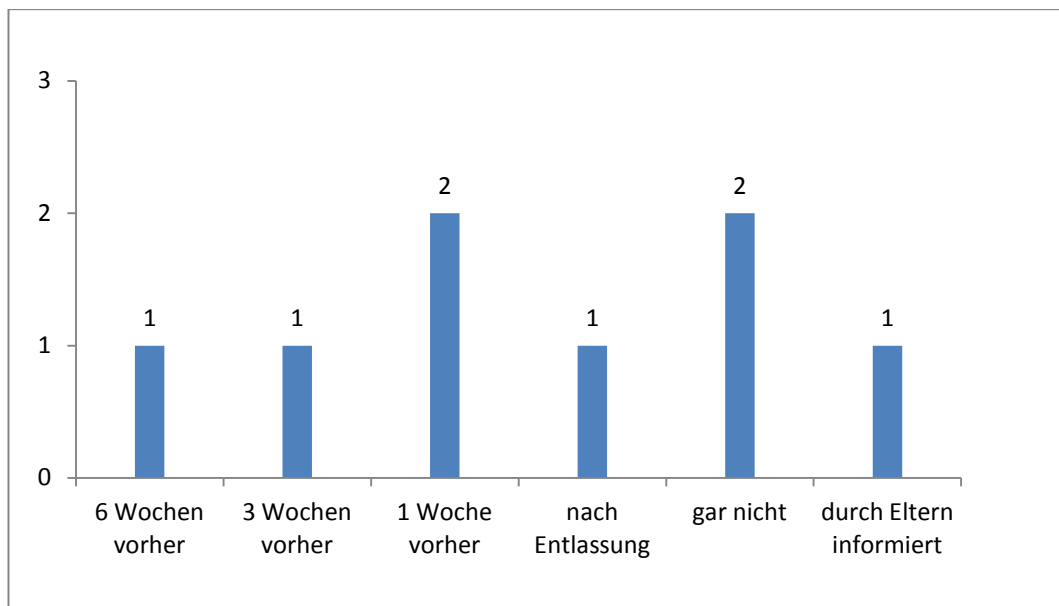


Abbildung 4: Angaben der Kategorie „zu einem anderen Zeitpunkt“

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass aus Sicht der Lehrer nur in wenigen Fällen der Zeitraum von vier Wochen genutzt wurde, um über die Entlassung des Schülers zu informieren. Wenn die Angaben der Lehrer zusammengefasst werden, ist nur in vier Fällen (Angabe „4 Wochen vorher“ und Angabe „6 Wochen vorher“) der Zeitrahmen eingehalten worden. Die anderen Lehrer ($n = 10$) gaben an, später informiert worden zu sein, wobei bei einer Angabe („durch die Eltern informiert“) offen blieb zu welchem Zeitpunkt diese Information erfolgte.

Zu der Frage, ob der Lehrer in die Entlassungsvorbereitungen miteinbezogen wurde, machte ein Lehrer keine Angaben. Knapp über die Hälfte der befragten Lehrer fühlten sich in die Entlassungsvorbereitungen miteinbezogen ($n = 8$), die Anderen ($n = 6$) fühlten sich nicht miteinbezogen.

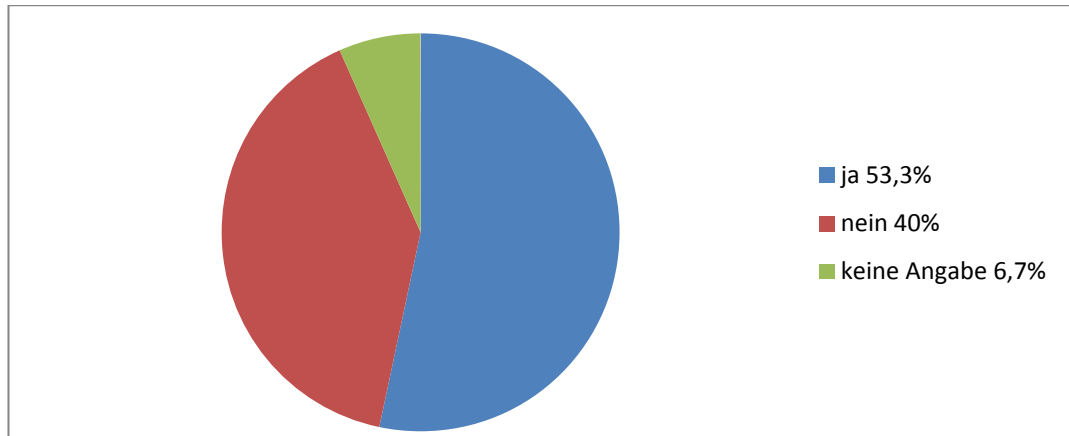


Abbildung 5: Einbezug der Lehrer in die Entlassungsvorbereitungen

Die Frage, welche Informationen vor der Entlassung des Patienten wichtig für die Lehrer sind, wurde einmal nicht beantwortet. Die übrigen Angaben können fünf Gruppen zugeordnet werden. Die befragten Lehrer wünschten sich demnach Informationen:

- zur erfolgreichen weiteren Beschulung des Schülers / Empfehlungen aus der Tagesklinik ($n = 8$),
- zur Entwicklung / Veränderung des Schülers ($n = 5$),
- zum Umgang mit Verhaltensschwierigkeiten in der Schule ($n = 5$),
- zum Leistungsstand / zu Förderschwerpunkten des Schülers ($n = 4$) und
- zur medikamentöse Einstellung des Schülers ($n = 2$).

Die Frage, ob Informationen über die psychische Erkrankung des Schülers aus der Tagesklinik erhalten wurden, wurde durch eine endpunktbenannte Skala erfragt. Die Endpunkte der Skala wurden mit „gar keine“ Informationen und „sehr viele“ Informationen benannt. Von den 15 befragten Lehrern machten 14 zu dieser Frage eine Angabe. Bei der Auswertung der Fragebögen ergab sich bei dieser Skala ein Median von 2,5, bei einem Minimum von 1 und einem Maximum

von 6. Im Ergebnis ist davon auszugehen, dass die befragten Lehrer in ihrem Erleben zu wenig Information über die psychische Erkrankung ihres Schülers erhalten haben.

Die Frage, ob Empfehlungen zum Umgang mit dem erkrankten Schüler gegeben wurden, beantworteten fünf Lehrer mit „Ja“, neun Lehrer antworteten mit „Nein“ und ein Lehrer machte dazu keine Angaben.

Die Lehrer (n = 5), welche die vorhergehende Frage mit „Ja“ beantwortet haben, fanden die gegebenen Informationen hilfreich. Neun der befragten Lehrer machten keine Angaben, weil keine Informationen übermittelt wurden, ein Lehrer beantwortete die Frage mit „Nein“ und kommentierte, weil keine Informationen übermittelt wurden.

Die Frage, ob es eine Reintegration des Schülers in die Schule gab, beantworteten neun Lehrer mit „Ja“, vier Lehrer antworteten mit „Nein“, zwei Lehrer machten dazu keine Angaben. Bei den Lehrern, welche die Frage nicht beantworteten, kann vermutet werden, dass der Begriff der Reintegration als solcher nicht verstanden wurde, da dieser doch eher im Sprachgebrauch der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu finden ist.

Die Zufriedenheit bezüglich der Organisation der Reintegration des Schülers wurde mit Hilfe einer endpunktbenannten Skala erfragt, wobei die Endpunkte der Skala mit „überhaupt nicht zufrieden“ und „sehr zufrieden“ benannt wurden. Im Fragebogen wurde darauf verwiesen, dass, wenn keine Reintegration des Schülers stattgefunden hat, diese Frage nicht beantwortet werden braucht. Sechs Lehrer beantworteten die Frage zur Zufriedenheit mit der Organisation der Reintegration, ein Lehrer machte keine Angabe auf der Skala sondern kommentierte, dass die Reintegration durch die Schule organisiert wurde. Bei der Zufriedenheit der befragten Lehrer lag der Median bei 4,5, bei einem Minimum von 3 und einem Maximum von 6. Zur Ermittlung der Zufriedenheit mit dem Informationsaustausch wurde die gleiche Skala verwendet. Hier antworteten sieben Lehrer. Der Median lag dabei bei 5, bei einem Minimum von 4 und einem Maximum von 7. Obwohl neun Lehrer angaben, dass eine Reintegration des Schülers stattfand, haben nur ca. $\frac{2}{3}$ von ihnen diese Frage beantwortet. Hier kann ein Verständnis-

problem der Fragestellung vermutet werden. Es ist außerdem möglich, dass die befragten Lehrer die Organisation der Reintegration des Schülers in ihrem Verantwortungsbereich sehen und nicht in dem der Mitarbeiter der Tagesklinik und deshalb diese Frage nicht beantwortet haben. Dies würde auch den Kommentar eines Lehrers erklären, dass die Reintegration durch die Schule organisiert wurde.

Fünf Lehrer erlebten die Reintegration als erfolgreich, vier Lehrer kommentierten, dass sie diese Frage nicht bzw. noch nicht einschätzen können, sechs Lehrer machten dazu keine Angaben.

Zu der Frage, was bei der Reintegration in die Schule verbessert werden kann, machten sieben der befragten 15 Lehrer keine Angaben, davon vier Lehrer, weil keine Reintegration stattfand. Acht Lehrer machten bei dieser Frage Angaben, die zu folgenden Kernaussagen zusammengefasst werden können. Es sollten möglichst vor der Reintegration des Schülers ($n = 2$) gemeinsame Gespräche mit dem Klassenlehrer, Kliniklehrer und Mitarbeiter der Tagesklinik ($n = 4$) stattfinden zum Informationsaustausch, um Hinweise zur täglichen Arbeit mit dem Schüler zu erhalten ($n = 3$) und zur individuellen Planung der schulischen Reintegration mit Absprachen zum Umfang der Unterrichtsstunden ($n = 3$). Interessant ist an dieser Stelle zu bemerken, dass nur sechs bzw. sieben Lehrer die Skalierungsfrage zur Zufriedenheit mit der Organisation und mit dem Informationsaustausch bewertet haben, aber acht Lehrer Verbesserungsmöglichkeiten bei der Reintegration sahen, die genau diesen Bereich abdeckten. Es ist möglich, dass die befragten Lehrer an dieser Stelle auf vorangegangene Erfahrungen mit anderen Schülern, welche in der Tagesklinik behandelt wurden oder auf Erfahrungen aus ihrem Kollegium zurückgegriffen haben.

Die Einschätzung der Zusammenarbeit mit der Tagesklinik hinsichtlich der Behandlung des Schülers erfolgte ebenfalls über eine endpunktbenannte Skala. Diese Frage wurde von allen Lehrern ($n = 15$) beantwortet. Der Median der Antworten lag bei 4, bei einem Minimum von 1 und einem Maximum von 6.

Zur Frage, was als positiv in der Zusammenarbeit bewertet wurde, machten neun Lehrer eine Angabe. Persönliche Gespräche, entweder telefonisch oder in Ge-

sprächsrunden, bei denen Informationen über den Schüler ausgetauscht wurden, hinsichtlich der Auswertung der Behandlung und der weiteren Arbeit mit dem Schüler, wurden von acht Lehrern als positiv gesehen. Einmal wurde das Interesse an der Reintegration des Kindes auf beiden Seiten angegeben. Ein Lehrer gab an, „nichts“ positiv gefunden zu haben. Sechs Lehrer machten keine Angaben.

Zu dem Punkt, was als schwierig in der Zusammenarbeit erlebt wurde, machten acht Lehrer keine Angaben. Die sieben Lehrer, welche diese Frage beantworteten, erlebten alle den mangelnden Informationsaustausch zwischen der Tagesklinik und den Schulen als schwierig. Beispielsweise wurde dazu angegeben, dass es keine Zwischenberichte gegeben habe und gar keine Informationen ausgetauscht oder zu spät ausgetauscht wurden. Zusätzlich wurde die Erreichbarkeit der Mitarbeiter der Tagesklinik bemängelt. In einem Fragebogen wurde der Informationsaustausch über den Schüler als positiv bewertet, aber dann bemängelt, dass dieser zu spät stattfand.

Es stellt sich die Frage, warum acht Lehrer keine Angaben an dieser Stelle machten. Da die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit einem Median von 4 bewertet wurde (was dem Mittelpunkt der verwendeten Skala entspricht) und somit davon ausgegangen werden kann, dass auch diese Lehrer Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit erlebt haben. Vielleicht wurde die Frage nach der Bewertung der Zusammenarbeit aus einem subjektiven Empfinden heraus beantwortet ohne konkrete Vorstellungen davon zu haben, was als schwierig erlebt wurde. Denkbar ist dabei auch, dass es sich auch um persönliche Schwierigkeiten mit den Mitarbeitern der Tagesklinik handeln kann, die im Fragebogen jedoch nicht angegeben wurden.

Als Verbesserungsmöglichkeiten wurden ein rechtzeitiger, regelmäßiger Informationsaustausch zum Schüler ($n = 5$), Gesprächsrunden mit Eltern und Schüler, persönliche Treffen ($n = 2$) sowie Informationen zum Unterrichtsstoff vor Aufnahme des Schülers einholen ($n = 1$) gesehen. Ein Lehrer bemerkte kritisch: „Der Informationsfluss von der Klinik existiert praktisch nicht. Um Zuarbeit wird gebeten, Auswertungen finden nicht statt. Es gibt ab und zu Infos der Kliniklehrer

zu Auffälligkeiten oder Vorkommnissen [...]“. Ein Lehrer kommentierte, „der Prozess lief in diesem Fall sehr gut bisher“. Vier Lehrer machten an dieser Stelle keine Angaben.

Abschließende Kommentare

Die abschließende offene Frage nach weiteren Hinweisen oder Kommentaren nutzten von 15 befragten Lehrkräften fünf. Dabei wünschten sich die Lehrer einen Standard, welcher gegebenenfalls gemeinsam mit der Schule entwickelt werden kann, um die schulische Reintegration der Schüler erfolgreicher zu gestalten, einen individuellen „Maßnahmekatalog“ zur weiteren Arbeit mit dem Schüler hinsichtlich seiner Schwierigkeiten, bessere Zusammenarbeit und mehr Informationen über die Behandlung des Schülers und gegebener Empfehlungen sowie hinsichtlich der Empfehlungen eine bessere Zusammenarbeit zwischen Schulamt und Klinik, um die Schule bei der Umsetzung dieser besser zu unterstützen. Einmal wurde angegeben, dass der Fragebogen, welcher zu Beginn der Behandlung ausgefüllt werden sollte, eine Zumutung gewesen und stattdessen ein persönliches Gespräch eher angebracht gewesen sei.

6.2 Auswertung der Fragebögen der fallführenden Therapeuten

Es wurden 15 Fragebögen an die fallführenden Therapeuten ausgegeben, bei einem Rücklauf von 15 ausgefüllten Fragebögen. Die Fragebögen wurden direkt im Anschluss an die Behandlung persönlich an die Therapeuten übergeben. Der hohe Rücklauf ist durch das besondere Interesse der Mitarbeiter der Tagesklinik an einer guten Zusammenarbeit mit den Schulen zu erklären. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass die Rückgabe der Fragebögen durch die räumliche Nähe zur Fragebogenverfasserin vereinfacht wurde.

Allgemeine Fragen

Es wurden 14 Fragebögen von Mitarbeitern ausgefüllt, welche als Therapeut/Psychologe in der Tagesklinik arbeiten und ein Fragebogen von einem Mitarbeiter, welcher als Arzt tätig ist. Die Aufteilung auf die drei Patientengruppen (Wiese-, Wasser-, Waldgruppe) der Tagesklinik erfolgte ziemlich gleichmäßig. Die Therapeuten wurden zu sechs Patienten aus der Wiesengruppe, zu fünf Pa-

tienten aus der Wasserguppe und zu vier Patienten aus der Waldgruppe befragt.

Behandlungsbezogene Fragen

Zu Beginn wurde die Frage gestellt, ob und durch wen der Lehrer der Heimatschule des Patienten in die Behandlung miteinbezogen wurde. Diese Frage wurde bei zehn Behandlungsfällen mit „Ja“ beantwortet. Der Einbezug in die Behandlung erfolgte in erster Linie durch die Sozialpädagogin der Tagesklinik oder durch den Therapeuten, um Vorbefunde einzuholen, Informationen zu übermitteln oder um persönliche Gespräche mit den Lehrern zu organisieren. In fünf Fällen gaben die Mitarbeiter der Tagesklinik an, die Lehrer nicht in die Behandlung miteinbezogen zu haben. Bei drei Patienten gab es aus Sicht der Fallführenden keinen Bedarf, da es in der Schule keine Schwierigkeiten gegeben hatte. Bei zwei Patienten wurden Organisationsschwierigkeiten angegeben. Einmal konnte mit der Familie des Patienten kein Gesprächstermin gefunden werden, so dass kein Einverständnis für die Zusammenarbeit mit der Schule vorlag und einmal wünschte der Patient kurzfristig entlassen zu werden, so dass ein Einbezug der Schule aus Sicht des Therapeuten nicht mehr möglich war.

Bei der Frage, wann es den ersten Kontakt zur Heimatschule gab, waren vier Antwortmöglichkeiten („vor der tagesklinischen Aufnahme des Patienten“, „zu Beginn der tagesklinischen Behandlung“, „während der tagesklinischen Behandlung“, „am Ende der tagesklinischen Behandlung“) und eine Restkategorie („sonstiges“) vorgegeben. Alle befragten Therapeuten konnten sich in die ersten vier Antwortkategorien einordnen. Die folgende Abbildung 6, über den Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Heimatschule des Patienten, veranschaulicht die Ergebnisse.

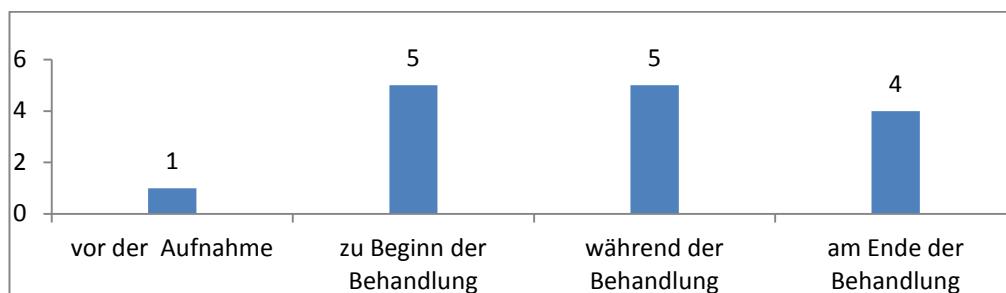


Abbildung 6: Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zur Heimatschule

Es wird deutlich, dass in zehn Fällen die Kontaktaufnahme zur Schule zu Beginn der Behandlung oder während der Behandlung erfolgte. Einmal bestand schon zum Zeitpunkt der Aufnahme Kontakt zur Schule, in vier Fällen wurde der Kontakt zur Schule am Ende der Behandlung aufgenommen.

Die Frage, ob die Heimatschule in die Entlassungsvorbereitungen miteinbezogen worden ist, wurde in 14 Fällen mit „Ja“ beantwortet, in einem Fall mit „Nein“. Bei der Frage, zu welchem Zeitpunkt die Schule in die Entlassungsvorbereitungen miteinbezogen wurde, konnte aus vier vorgegebenen Antwortkategorien gewählt werden. Es wurde in drei Fällen „4 Wochen vorher“ angegeben, in sechs Fällen „2 Wochen vorher“, zweimal „in der Woche der Entlassung“ und in drei Fällen wurde „zu einem anderen Zeitpunkt“ angegeben. Bei zwei dieser drei Fälle erfolgte die Kontaktaufnahme zur Heimatschule zur Planung der Entlassung des Patienten bereits sechs Wochen vorher. In einem Fall erfolgte der Einbezug der Schule in die Entlassungsvorbereitungen eine Woche vorher. Diese Ergebnisse sollen an einem Diagramm (Abbildung 7) veranschaulicht werden.

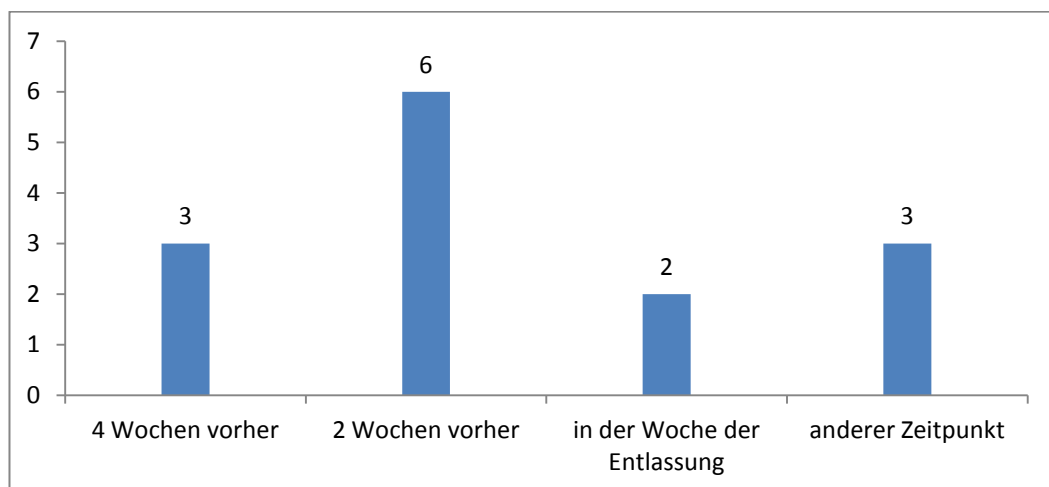


Abbildung 7: Zeitpunkt des Einbezuges der Heimatschule in die Entlassungsvorbereitungen

In einem Fall wurde angegeben, dass die Schule nicht mit in die Entlassungsvorbereitungen miteinbezogen wurde, da es keine Schwierigkeiten in der Schule gegeben habe.

Die Frage, in welcher Form die Heimatschule in die Entlassungsvorbereitungen miteinbezogen wurde, ist in 14 Fällen beantwortet worden und einmal erfolgte keine Angabe zu dieser Frage. Die Antworten konnten in Kategorien eingeteilt werden. Im Ergebnis zeigte sich, dass in elf Fällen die Schule durch die Planung bzw. die Information der schulischen Reintegration des Patienten in die Entlassungsvorbereitungen miteinbezogen wurde. Zusätzlich wurde in neun Fällen angegeben, dass Informationen bezüglich der Diagnose ($n = 4$) und der Umsetzung der weiteren Empfehlungen im Anschluss an die tagesklinische Behandlung ($n = 5$) ausgetauscht wurden. Die Planung der schulischen Reintegration des Patienten und der Austausch der Informationen über die Diagnose und die weiteren Empfehlungen erfolgten individuell in persönlichen Gesprächen mit dem Lehrer in Form von Helferrunden oder in Telefonaten.

Bei der Frage nach dem Schulwechsel des Patienten wurde in 14 Fällen mit Nein geantwortet, einmal gab es einen Schulwechsel.

Die Frage, welche Informationen über den Patienten sie für den Lehrer vor der Entlassung wichtig finden, wurde in 14 Fällen beantwortet. Einmal erfolgte keine Angabe zu dieser Frage. Insgesamt sieben Mal wurde bei dieser Frage angegeben, dass Informationen zur Diagnose, im Sinne eines Erklärungsmodells für die gezeigten Symptome, wichtig für den Lehrer sind. Genauso häufig wurde angegeben, dass Informationen für den weiteren Umgang des Patienten im Schulalltag wichtig sind. Als wichtige Information für die Lehrer, wurden auch Absprachen zur schulischen Reintegration ($n = 4$) benannt.

Die Frage, ob Empfehlungen zum Umgang mit dem Patienten gegeben wurden, wurde in neun Fällen mit „Ja“ beantwortet, in sechs Fällen wurden keine Empfehlungen gegeben. In acht, von den genannten neun Fällen, wurden die Empfehlungen im persönlichen Gespräch an den jeweiligen Lehrer übermittelt. Zusätzlich zu diesem Gespräch erfolgte in drei Fällen die Übermittlung des schriftlichen Schulberichts der Klinikschule. In einem Fall wurden die Informationen in einem Telefonat mit dem Lehrer übermittelt.

In zehn Fällen wurde der Patient in die Schule reintegriert, in fünf Fällen erfolgte keine Reintegration.

Die Zufriedenheit mit der Reintegration wurde mit Hilfe einer endpunktbenannten Skala erfragt. Bei der Zufriedenheit hinsichtlich der Organisation der schulischen Reintegration lag der Median bei 6, Minimum 4 und Maximum 7. Die Zufriedenheit hinsichtlich des Informationsaustausches wurde mit einem Median von 6, Minimum 4 und Maximum 7, bewertet.

Zu der Frage, wie die Reintegration in die Schule verbessert werden kann, wurde in sieben Fällen keine Angabe gemacht. In vier Fällen wurde an dieser Stelle kommentiert, dass für den beschriebenen Fall keine Verbesserungen benannt werden können, da aus der Sicht des Fragebogensausfüllers die Reintegration gut verlaufen sei. In den verbleibenden vier Fällen wurden als Verbesserungsmöglichkeiten angegeben:

- die schriftliche Zusammenfassung von Hinweisen für den Lehrer wäre schön, was sich aus Zeitmangel jedoch nicht realisieren lasse,
- Helferrunden sollten so geplant werden, dass sie vor der Reintegration stattfinden; die schulische Reintegration ist individuell an den Patienten anzupassen,
- regelmäßig stattfindende Lehrergespräche und
- Verständnis beim Lehrer dafür wecken, dass es auch andere Beweggründe und Ziele gibt, als nur Wissensvermittlung.

Die Einschätzung der Zusammenarbeit erfolgte mit Hilfe einer endpunktbenannten Skala. Es ergab sich bei der Datenauswertung ein Median von 6, bei einem Minimum von 4 und einem Maximum von 7. Die Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik und den Schulen der Patienten wurde aus Therapeutesicht als gut eingeschätzt. Als positiv wurde erlebt, dass die Lehrer sich engagiert und interessiert zeigten ($n = 11$). Zusätzlich wurde die Bereitschaft zu einem persönlichen Gespräch sowie zu einer Helferkonferenz vor Ort ($n = 6$) und die gute telefonische Erreichbarkeit ($n = 3$) als positiv erlebt. In zwei Fragebögen erfolgte zu diesem Punkt keine Angabe. In zehn Fällen erfolgten Angaben zur Frage, was als schwierig in der Zusammenarbeit mit den Schulen erlebt wurde.

Diese Angaben konnten in Kategorien zusammengefasst werden. Es gab fünf Angaben, die die Organisation der Zusammenarbeit betrafen. Hier wurde beispielsweise angegeben, dass es Schwierigkeiten mit der Organisation der Reintegration gab aufgrund von schulischen Bedingungen. Es gab Schwierigkeiten mit dem Informationsaustausch und dem Finden von Gesprächsterminen und einmal hatte ein Therapeut Urlaub, so dass der Austausch mit dem Klassenlehrer erst nach der Entlassung des Patienten stattfinden konnte. In den anderen Fällen ($n = 5$) wurden Schwierigkeiten mit der persönlichen Einstellung der Lehrer angegeben. Hier wurde bemängelt, dass die Schule sich ablehnend gegenüber dem Patienten oder der Familie zeigte. Weiterhin wurde zu wenig Kooperationsbereitschaft von Seiten der Schule angegeben. Außerdem führten aus Sicht der Therapeuten festgefahrene Strukturen und Sichtweisen sowie mangelndes Verständnis der Lehrer für das Konzept, der schulischen Reintegration als Belastungserprobung für den Schüler, zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit. Trotz der beschriebenen Schwierigkeiten, bewerteten die Therapeuten die Zusammenarbeit mit den Schulen vorrangig als positiv.

Zur Frage, der Verbesserungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit, wurde fünf Mal eine Angabe gemacht. Dabei wurde in vier Fällen angegeben, dass es mehr Kontakte zu den Lehrern zum Austausch allgemein und zur Rücksprache nach der Reintegration geben sollte. Weiterhin wurde angegeben, dass Empfehlungen besser umgesetzt werden sollten und es mehr gegenseitiges Verständnis für die Ziele des Gegenübers („emotional stabilisieren vs. Schulziel schaffen“) geben sollte. In einem Fall wurde angegeben, dass auch Schulleiter zu Helferrunden eingeladen werden sollten. Interessant bei der Beantwortung dieser Frage scheint, dass in nur fünf Fällen Verbesserungsmöglichkeiten gesehen wurden, obwohl in zehn Fällen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Lehrern beschrieben wurden. Es kann vermutet werden, dass bei den beschriebenen Schwierigkeiten mit den Lehrern auf persönlicher Ebene nur wenige Veränderungsmöglichkeiten durch eigene Initiative oder durch strukturelle Veränderungen gesehen werden.

Abschließende Kommentare

Die abschließende offene Frage wurde einmal von einem Therapeuten genutzt. Dabei gab es den Vorschlag, „kommunal mit Schulen, Klinik, sozialen Einrichtungen Helfersysteme entwickeln, an einem Tisch sitzen, übergreifend im Sinne des Individuums zu arbeiten“.

6.3 Gegenüberstellung und Diskussion der Ergebnisse

Zur Gegenüberstellung der Ergebnisse werden die behandlungsbezogenen Fragen des Lehrer- und des Therapeutenfragebogens verglichen, um zu prüfen, inwieweit es zu Übereinstimmungen und Unterschieden in der Bewertung der Zusammenarbeit kommt. Zusätzlich soll geprüft werden, welche Wünsche und Erwartungen an die Gegenseite gestellt werden und wo dabei Schnittmengen liegen.

6.3.1 Einbezug in die Behandlung

Zum Einbezug des Lehrers in die Behandlung, gehört die Information über die Aufnahme des Schülers. Dies liegt in erster Linie in der Verantwortung der Eltern. Die erhobenen Daten zeigen jedoch, dass nur 8 Lehrer vor der Aufnahme des Patienten wussten, dass dieser über einen längeren Zeitraum die Schule nicht besuchen wird. Der zeitliche Beginn der Erhebung im August 2014 schloss sich direkt an die Sommerferien in Mecklenburg-Vorpommern an. Deshalb kann bei einigen Patienten vermutet werden, dass es nicht möglich war, den Lehrer vor der tagesklinischen Aufnahme seines Schülers zu informieren, da es während der Ferienzeit sehr schwierig ist telefonisch in den Schulen jemanden zu erreichen. Wäre die Erhebung zu einem anderen Zeitraum durchgeführt worden, wäre die Anzahl der Lehrer, welche vorher informiert wurden, vermutlich höher. Es ist sicher sinnvoll, dass die Lehrer zeitnah und möglichst vor der Aufnahme ihres Schülers von der Behandlung erfahren sollten. So können sie von Anfang an in die Behandlung miteinbezogen werden und eine gute Zusammenarbeit im Sinne des Schülers kann gewährleistet werden. Fraglich ist, ob die Lehrer dies überhaupt wünschen und ob es die Zufriedenheit mit der Behandlung erhöhen würde,

wenn die Information über die Aufnahme des Schülers zeitiger an die Lehrer geht. Diese Daten wurden mit Hilfe des erstellten Fragebogens nicht erhoben und müssten noch geprüft werden.

Sechs der befragten 15 Lehrer fühlten sich in die Behandlung ihres Schülers miteinbezogen. Die Frage nach dem Einbezug in die Behandlung wurde von den Lehrern ausschließlich in Richtung eigener Zuarbeit, mittels Vorbefunden und durch die Übermittlung von Unterrichtsmaterialien, interpretiert. Es gab kein Lehrer bei dieser Frage an, an persönlichen Gesprächsrunden zum Informationsaustausch oder zur Übergabe von Empfehlungen teilgenommen zu haben. Im Gegensatz dazu wurde auf Therapeutenseite in zehn Fällen angegeben, die Lehrer miteinbezogen zu haben. Dabei wurde beschrieben, dass dieser Einbezug in die Behandlung durch die Sozialpädagogin und/oder durch den Therapeuten erfolgte, um Befunde anzufordern, Informationen auszutauschen oder um persönliche Gespräche in Form von Helferrunden, welche vorwiegend zum Ende der Behandlung stattfinden, zu organisieren. Diese Ergebnisse zeigen eine deutlich Diskrepanz in der Wahrnehmung des Einbezuges in die Behandlung. Es stellt sich die Frage, warum die Gespräche mit den Therapeuten zum Ende der Behandlung nicht als Einbezug verstanden werden. Um über diesen Sachverhalt Aussagen machen zu können müsste der Frage nachgegangen werden, durch welche Maßnahmen das Gefühl einbezogen worden zu sein gefördert werden könnte. Dafür bräuchte es eine neue Erhebung. Weiterhin ist aus der Auswertung der Lehrerfragebögen hervorgegangen, dass Lehrer hilfreiche Informationen und Empfehlungen zum Umgang mit Verhaltensschwierigkeiten wünschen. Es kann sein, dass die Informationen, die sie bekommen und die aus Sicht des Therapeuten passend und wichtig für den Schüler sind, nicht im Schulalltag umsetzbar sind und somit für den Lehrer nicht verwertbar. Die Ergebnisse dieser Frage können aber auch dahingehend interpretiert werden, dass Lehrer sich nur als Gebende von Informationen erleben und den subjektiven Eindruck haben, nichts dafür zu bekommen. Nicht zuletzt ist es auch möglich, dass die gestellte Frage anders verstanden wurde und unter „einbezogen werden“ eher die Mitarbeit während der Behandlung und nicht der Informationsaustausch über die Ergebnisse der Behandlung am Ende verstanden wurde. Bemerkenswert ist, dass in fünf Fällen kein Einbezug der Schule in die Behandlung erfolgte, da aus Sicht des Therapeuten keine Schwierigkeiten in der Schule bestanden haben bzw. es

Organisationsschwierigkeiten gab, welche dazu führten, dass der zuständige Lehrer nicht miteinbezogen wurde. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Zusammenarbeit mit der Schule nur bei Schwierigkeiten in der Schule notwendig ist, vor allem vor dem Hintergrund, dass am ehesten der zuständige Lehrer einschätzen kann, ob es Schwierigkeiten in der Schule gibt. Außerdem ist gerade bei Grundschullehrern davon auszugehen, dass diese den Schüler sehr gut kennen, da sie eine hohe Stundenzahl in der Klasse unterrichten. Es kann vermutet werden, dass der zuständige Lehrer trotzdem ein Interesse daran hat, Informationen über seinen Schüler und über die Ergebnisse der psychiatrischen Behandlung zu erhalten, obwohl in der Schule keine Schwierigkeiten bestehen. Dieser Sachverhalt ist jedoch in dem erstellten Fragebogen nicht erfragt worden.

6.3.2 Einbezug in die Entlassungsvorbereitungen

In den Lehrerfragebögen gaben acht Lehrer an, in die Entlassungsvorbereitungen ihrer Schüler miteinbezogen worden zu sein. Demgegenüber steht die Aussage der Therapeuten, dass in 14 Fällen die Lehrer mit in die Vorbereitungen einbezogen wurden. Wenn davon ausgegangen wird, dass die Angaben der Therapeuten wahrheitsgemäß sind, stellt sich die Frage, warum sich nur etwa die Hälfte der Lehrer mit in die Entlassungsvorbereitungen einbezogen fühlte. Oder anders gefragt, was brauchen die Lehrer, um sich miteinbezogen zu fühlen?

Bei Auswertung der Daten des Lehrerfragebogens, wann die Information über den Entlassungszeitpunkt des Schülers erfolgte, fiel auf, dass diese sehr stark variierten (vgl. Abbildung 3 und Abbildung 4). Das beschriebene Entlassungsmanagement der Tagesklinik sieht vor, dass die Lehrer ca. 4 Wochen vor der geplanten Entlassung ihres Schülers informiert werden, so dass ausreichend Zeit ist, um mögliche Unterstützungsmaßnahmen für die Schüler zu installieren. Wenn vom Lehrer und den Eltern gewünscht, können auch Lehrergespräche zum Informationsaustausch über die tagesklinische Behandlung in diesem Zeitraum, also noch während der Behandlung des Patienten, stattfinden. Häufig wird in diesen gemeinsamen Gesprächen auch die Reintegration des Schülers geplant.

Nach den Angaben der Lehrer wurde dieser Zeitrahmen in vier Fällen eingehalten. Demgegenüber steht die Angabe der Therapeuten in sechs Fällen die Lehrer innerhalb dieses Zeitraumes oder sogar früher informiert zu haben. Noch auffälliger wird der Unterschied bei der Antwortkategorie „2 Wochen vorher“. Diese gab nur ein Lehrer an, während die Therapeuten in sechs Fällen angaben, dass die Schule innerhalb dieses Zeitraumes informiert wurde.

Eine mögliche Erklärung für diese doch sehr unterschiedlichen Angaben ist, dass sich im Behandlungsverlauf eines Patienten unvorhergesehene Ereignisse ergeben können. So kann es zu einer positiven Entwicklung des Patienten kommen und eine frühere Entlassung sinnvoll sein oder es besteht der Wunsch der Eltern bzw. des Patienten nach einer früheren Entlassung. Darauf wird dann im Sinne einer individuellen Behandlung des Patienten zeitnah reagiert, so dass sich im Einzelfall nicht an die vorgegeben Strukturen gehalten werden kann. Es stellt sich aber auch die Frage, ob der Informationsfluss innerhalb der Schulen ausreichend gegeben ist, denn zeitweise gelingt es nicht, den zuständigen Lehrer persönlich über die Entlassung seines Schülers zu informieren, so dass diese Information im Sekretariat oder auch beim Schulleiter hinterlassen wird und somit kein Einfluss mehr darauf besteht, wann der Lehrer diese Information erhält. Weiterhin kann an dieser Stelle auch vermutet werden, dass die Lehrer sich in diesem Fall ein persönliches Gespräch mit dem fallführenden Therapeuten oder mit der Sozialpädagogin wünschen und deshalb sich zu spät oder gar nicht informiert erlebt haben. Dies kann jedoch nur eine Vermutung bleiben, da die Information, ob aus Sicht der Lehrer diese Information rechtzeitig oder zu spät erfolgte, nicht im Fragebogen erhoben wurde.

6.3.3 Informationen über die psychische Störung und Empfehlungen zum Umgang mit dem Schüler

Wichtig für die Lehrer waren Informationen zur Entwicklung und Veränderung des Schülers, Hinweise zum Umgang mit Verhaltensschwierigkeiten in der Schule und zur weiteren Arbeit mit dem Schüler sowie Empfehlungen aus der Tagesklinik und Informationen zur medikamentösen Einstellung.

Bei der Frage, ob Informationen über die Erkrankung erhalten wurden, zeigte sich, dass die befragten Lehrer in ihrem Empfinden zu wenige Informationen (Median 2,5) erhalten haben. Gerade diese Informationen wurden von den Therapeuten als wichtig für die Lehrer erachtet, denn dies wurde in der Therapeutenbefragung sieben Mal angegeben. Als wichtig erachteten die Therapeuten Informationen zur Diagnose als Erklärungsmodell für die gezeigte Symptomatik, Informationen zum weiteren Umgang mit dem Patienten im Schulalltag und Absprachen zur schulischen Reintegration des Schülers.

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Frage zu den Empfehlungen für den weiteren Umgang mit dem Schüler. Fünf Lehrer gaben an Empfehlungen bekommen zu haben, dem gegenüber steht in neun Fällen die Angabe der Therapeuten Empfehlungen gegeben zu haben.

An dieser Stelle bleibt offen, ob die gegebenen Informationen nicht den Erwartungen der Lehrer entsprachen oder ob diese für den Schulalltag nicht umsetzbar bzw. auf diesen übertragbar gewesen sind. Es scheint jedenfalls bei den Lehrern der Eindruck entstanden zu sein nur unzureichend geeignete Informationen und Empfehlungen bekommen zu haben. Eine weitere Möglichkeit für die diskrepan-ten Untersuchungsergebnisse liegt in Verständnisschwierigkeiten aufgrund der unterschiedlichen Sichtweisen auf den Patienten.

6.3.4 Schulische Reintegration

Bezüglich der schulischen Reintegration zeigte sich, dass die Lehrer mit der Organisation der Reintegration nur mittelmäßig zufrieden waren (Median 4,5). Mit dem Informationsaustausch während der Reintegration waren sie etwa gleich zufrieden (Median 5). Im Vergleich dazu zeigten sich die Therapeuten mit der Organisation der schulischen Reintegration zufriedener als die Lehrer, der Median der ermittelten Werte lag bei 6. Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Informationsaustausch lag der Median ebenfalls bei 6. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Zufriedenheit mit der Organisation und des Informationsaustausches auf der Therapeutenseite positiver ausfällt.

Die eher mittelmäßige Zufriedenheit der Lehrer mit der Organisation kann damit zusammenhängen, dass die Lehrer nur sehr wenig Einfluss auf die Ausgestaltung der Reintegration ihrer Schüler haben. Es ist aus strukturellen Gegebenheiten heraus teilweise nicht oder nur mit einem unangemessen hohen Planungsaufwand möglich, die schulische Reintegration auf die individuellen Bedürfnisse der Schüler und Lehrer zuzuschneiden (z. B. wenn die Schüler nur an bestimmten Unterrichtsstunden teilnehmen sollen, um den Schulstoff schnell nachzuholen). Die hohe Zufriedenheit der Therapeuten mit der Organisation und dem Informationsaustausch liegt vermutlich darin begründet, dass die Organisation positiv erlebt wird, wenn sie wie vorab mit dem Patienten und den Eltern geplant stattfinden kann. Der Informationsaustausch dazu läuft oft über den Patienten in den therapeutischen Einzelkontakten und über Telefonate mit den Lehrern der Heimatschulen und Rückmeldeformulare. Wenn diese Rückmeldungen zufriedenstellend sind, wird die Reintegration des Schülers hinsichtlich der Organisation und des Informationsaustausches vermutlich als positiv bewertet. Zusätzlich wird die Organisation der schulischen Reintegration in den meisten Fällen von der Sozialpädagogin der Tagesklinik übernommen, so dass die Therapeuten damit nur in einzelnen Fällen konfrontiert sind. Auch der Informationsaustausch mit den Lehrern bezüglich der Reintegration erfolgt in der Regel über Rückmeldeformulare und über Telefonate mit der Sozialpädagogin. Dies kann für einige Therapeuten aufgrund der Arbeitserleichterung zu einer positiven Bewertung der Organisation und des Informationsaustausches geführt haben.

Bei den Verbesserungsmöglichkeiten für die schulische Reintegration wird auf Lehrer- und auf Therapeutenseite angegeben, dass Lehrergespräche und Helferrunden zum Informationsaustausch möglichst vor der Reintegration stattfinden sollten. Auch die individuelle Planung der Reintegration, angepasst an den individuellen Bedarf des Patienten, wird auf beiden Seiten angegeben.

6.3.5 Einschätzung der Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik und den Lehrern wurde von allen Lehrern und in 14 Fällen von den Therapeuten bewertet. Auch hier zeigt sich die positivere Tendenz auf Therapeutenseite. Während die Ergebnisse der Therapeuten auf eine große Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit schließen lassen (Median 6), zeigen sich die Lehrer im Vergleich dazu weniger zufrieden (Median 4). Es ist möglich, dass sich die höhere Zufriedenheit der Therapeuten damit erklären lässt, dass sie sich in der Zusammenarbeit als „Organisator“ bzw. als Handelnder erleben, während die Lehrer nur wenig Mitspracherecht und Einfluss auf den Behandlungsprozess haben und sich so eher fremdbestimmt erleben.

Als positiv wurden auf Therapeutenseite das Engagement und Interesse der Lehrer für ihre Schüler und deren gute Erreichbarkeit erlebt. Die Lehrer erlebten in erster Linie Gespräche zum Informationsaustausch über den Schüler als positiv. Interessant ist an dieser Stelle, dass die Lehrer Gespräche zum Informationsaustausch als positiv in der Zusammenarbeit erlebten, obwohl sie sich, wie in Kapitel 6.3.1 beschrieben, dadurch nicht in die Behandlung des Schülers einbezogen fühlten. Als schwierig wurde von den Therapeuten die Organisation der Zusammenarbeit und Schwierigkeiten mit der persönlichen Einstellung der Lehrer angegeben. Die Lehrer sahen Schwierigkeiten im mangelnden Informationsaustausch zwischen der Tagesklinik und der Schule sowie in der schlechten Erreichbarkeit der Mitarbeiter der Tagesklinik.

Der Wunsch auf Lehrerseite nach vielen Informationen über den Schüler, dessen Erkrankung und den Umgang damit, kann mit den in Kapitel 3.3 beschriebenen Ängsten der Lehrer vor psychischen Erkrankungen und der stationären Psychiatrie zusammenhängen. Ihre Angst bei psychischen Störungen handlungsunfähig und hilflos zu sein, weil sie für diesen Bereich nicht ausgebildet sind, wird noch verstärkt durch mangelnde Informationen der behandelnden Fachkräfte.

Bemerkenswert bei der Gegenüberstellung der Daten scheint auch zu sein, dass die Therapeuten viel Wert auf persönliche Einstellungen der Lehrer legen, wie Engagement und Interesse. Diese persönlichen Einstellungen zum Schüler oder

dessen Familie werden auch bei den Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit benannt. Interesse für den Schüler auf Therapeutenseite wurde nur einmal von einem Lehrer angegeben. Vermutlich hängt es aus Therapeutensicht mit der persönlichen Einstellung eines Lehrers zusammen, ob dieser zu einem Gespräch über den Schüler in die Tagesklinik kommt (denn diese Gespräche liegen häufig nicht in der Arbeitszeit der Lehrer), während es aus Sicht der Lehrer vermutlich zum Arbeitsfeld des Therapeuten gehört, eine positive persönliche Einstellung zum Patienten zu haben und sich für diesen zu engagieren.

Abschließend soll auf die telefonische Erreichbarkeit der Lehrer und Therapeuten eingegangen werden. Die vorgegebenen zeitlichen Strukturen der Klinik (durch die Therapiestunden) und innerhalb der Schule (durch die Unterrichtsstunden) erschweren eine telefonische Kontaktaufnahme häufig. Hier scheint es jedoch den Therapeuten in Zusammenarbeit mit der Sozialpädagogin besser gelungen zu sein, die Lehrer in den Pausenzeiten zu erreichen. In Einzelfällen gaben Lehrer auch ihre privaten Telefonnummern an die Therapeuten, um eine Kontaktaufnahme zu gewährleisten.

6.3.6 Abschließende Kommentare

Die Kategorie abschließende Kommentare wurde von fünf Lehrern genutzt, aber nur in einem Fall von einem Therapeuten. Dies macht auch noch einmal deutlich, dass auf Seiten der Lehrer scheinbar ein höherer Bedarf besteht die Zusammenarbeit mit der Tagesklinik besser zu gestalten. In den Kommentaren ging es darum, einen Standard zur schulischen Reintegration zu entwickeln, einen individuellen Maßnahmenkatalog zur weiteren Arbeit mit dem Schüler zu erstellen und mehr Informationen zur Behandlung und zu gegebenen Empfehlungen zu bekommen. Es wurde auch eine bessere Vernetzung mit flankierenden Einrichtungen, wie dem Schulamt, als Verbesserungsmöglichkeit angegeben. Die Idee der besseren Vernetzung mit anderen Helfersystemen wurde auch von dem einen Therapeuten benannt.

7 Strategien zur besseren Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik und den Schulen

Auf der Grundlage der dargestellten Ergebnisse der Untersuchung soll in diesem Kapitel auf Strategien, die zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik und den Schulen beitragen können, eingegangen werden. Diese werden vom Standpunkt der Tagesklinik aus dargestellt.

7.1 Strategien zur besseren Zusammenarbeit während des Behandlungsverlaufs

In der Zusammenschau der Ergebnisse wird deutlich, dass sich der eingangs vermutete Eindruck, dass die Lehrer die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Tagesklinik als wenig zufriedenstellend erleben, zumindest in Ansätzen bestätigt hat. Häufig wurde in diesem Zusammenhang an verschiedenen Stellen im Fragebogen angegeben, dass der Informationsfluss über den Schüler nicht ausreichend gegeben ist. In der Befragung wird deutlich, dass einem rechtzeitigen, regelmäßigen und fallorientierten Informationsaustausch ein hoher Stellenwert zugeschrieben wird. Dies führt zu der Frage, wer braucht wann, welche Informationen und wie kann der Informationsaustausch realisiert werden.

Bartfeld/Holtkamp/Pfannschmidt u. a. (2008, S. 298ff.) beschreiben in ihrem Beitrag „Der Vernetzungsgedanke bei der Behandlung von Schüler/-innen mit psychischen Störungen am Beispiel einer Tagesklinik“ bei Patienten, welche die Schule verweigern, dass die Lehrer der Heimatschulen bereits vor der Behandlung zu Vorgesprächen hinzugezogen werden, um sie möglichst früh in den Behandlungsprozess einzubinden. Weiterhin beschreiben sie regelmäßige Zusammenkünfte aller beteiligten außerfamiliären Vertreter relevanter Bezugssysteme in Form von interdisziplinären Konferenzen, zu denen neben den Lehrern der Heimatschulen auch die Lehrer der Schule für Kranke gehören. Diese finden ca. 3 - 4 Wochen nach der Aufnahme des Patienten und manchmal am Ende der Behandlung statt. Die interdisziplinären Konferenzen haben das Ziel einen neutralen Raum für Vernetzung, Transparenz und Kooperation zu schaffen, in welchem Verständnis und die Suche nach individuellen Lösungen möglich wird und unklare Kompetenzen und Kränkungssituationen vermieden werden.

In dem beschriebenen Beitrag geht es um Patienten, die nicht mehr zur Schule gehen, so dass der Schule in der Zusammenarbeit ein zentraler Stellenwert zukommt. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Form der vernetzten Arbeit auch auf andere Störungsbilder übertragen werden kann, denn die Berücksichtigung der schulischen Betreuung ist bei der Planung von therapeutischen Hilfen immer von grundlegender Bedeutung, besonders bei psychischen Störungen, die einen Bezug zum schulischen Bereich aufweisen oder sich besonders im schulischen Bereich manifestieren (vgl. Mattejat 2008, S. 93). Von den befragten Lehrern haben über die Hälfte ihre Schüler als auffällig im Schulkontext wahrgenommen. Es kann aufgrund der in der Befragung geäußerten Wünsche vermutet werden, dass diese Lehrer an einer engen Zusammenarbeit auch schon vor der tagesklinischen Aufnahme interessiert sind. Dann wäre es sinnvoll, bereits nach dem Vorstellungsgespräch in der Ambulanz der Tagesklinik, Kontakt zum zuständigen Lehrer aufzunehmen (das Einverständnis der Eltern vorausgesetzt) und ihn durch Vorgespräche in die Behandlung miteinzubeziehen. Auch bei Patienten, bei denen keine Schwierigkeiten in der Schule beschrieben werden, macht es mit Sicherheit Sinn, Kontakt zu den Lehrern aufzunehmen, da diese vermutlich eine eigene Sichtweise auf die Problematik des Schülers haben, welche nützliche Hinweise für die Diagnostik geben kann.

In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, wenn die Entscheidung für eine tagesklinische Aufnahme des Patienten getroffen wurde, diese auf der Seite der Tagesklinik rechtzeitig zu planen, um den Eltern eine zeitnahe Information an die Schule zu ermöglichen. In Einzelfällen ist dies nicht immer gegeben, wenn z. B. die für die Aufnahme geplanten Patienten plötzlich absagen oder Patienten der Tagesklinik kurzfristig ihre Behandlung beenden. In den Fällen, in denen es aber zu einer kurzfristigen Aufnahme kommt, ist das Verständnis auf Seiten der Lehrer vermutlich höher, wenn es bereits einen Kontakt zur Tagesklinik gegeben hat.

Nach der Aufnahme in die Tagesklinik sollte im Rahmen der Diagnostikphase der Kontakt zu den Lehrern, wenn möglich persönlich, gehalten werden, um den bei den Lehrern entstandenen Eindruck nicht in die Behandlung miteinbezogen worden zu sein bzw. nur durch die Übermittlung von Vorbefunden oder Unterrichtsmaterialien zu verändern. Zur Verbesserung der Transparenz der Arbeitsprozesse macht es in diesem Rahmen sicherlich Sinn, den Unterschied zwischen der psychotherapeutischen Behandlung des Schülers und dem Besuch der Klinikschule zu verdeutlichen, denn der Therapeut braucht Informationen aus der Schule, wie den Lehrerfragebogen (TRF), Zeugnis und gegebenenfalls Förderplan, um eine Diagnose zu stellen. Demgegenüber benötigen die Lehrer der Klinikschule aktuelle Unterrichtsmaterialien, das Zeugnis und gegebenenfalls den Förderplan des Schülers, um ihn seinen Bedürfnissen entsprechend unterrichten und fördern zu können. Um Missverständnissen vorzubeugen, wäre es weiterhin sicherlich sinnvoll ein Anschreiben für den Lehrerfragebogen (TRF) zu entwickeln, in welchem erklärt wird, dass der Fragebogen ein Element der Psychodiagnostik ist, welches im Sinne einer Fremdbeurteilung als Screeningverfahren genutzt wird, um einen Überblick über die Schwierigkeiten des Schülers zu erhalten. Dieses Anschreiben könnte mit der Information über die Aufnahme des Schülers und der Wichtigkeit der Mitarbeit des Lehrers verknüpft werden. Zusätzlich könnten die Kontaktdaten, wie Name und Telefonnummer des fallführenden Therapeuten sowie Telefonzeiten mitgeteilt werden, um die Kontaktaufnahme für die Lehrer zu erleichtern. Dieses Anschreiben müsste mit dem Anschreiben der Kliniklehrer abgeglichen werden, um Überschneidungen zu vermeiden und nicht den Eindruck einer unzureichenden Zusammenarbeit zwischen Kliniklehrern und Therapeuten entstehen zu lassen.

Die Entlassungsvorbereitungen beginnen in der Regel vier Wochen vor der geplanten Entlassung des Patienten, da in den meisten Fällen auch erst zu diesem Zeitraum abgeschätzt werden kann, wann der Patient entlassen werden kann. Häufig wird zu diesem Zeitpunkt Kontakt zu den Schulen aufgenommen, um alle weiteren Maßnahmen zu planen. Die Untersuchungsergebnisse haben gezeigt, dass dieser Zeitpunkt im Behandlungsverlauf des Patienten scheinbar zu spät gewählt ist. Denn Lehrer als auch Therapeuten haben bezüglich der schulischen Reintegration angegeben, dass Gesprächsrunden zum Informationsaustausch

möglichst vor der schulischen Reintegration stattfinden sollten. Dies scheint bei der Organisation aber nicht immer möglich zu sein, so dass die Entscheidung, eine Helferrunde mit den zuständigen Lehrern durchzuführen, eher in der Mitte der Behandlung des Patienten getroffen werden sollte, um so den zeitlichen Rahmen einhalten zu können und noch vor dem Beginn der schulischen Reintegration zusammen zu kommen. Hier könnten dann auch die Entlassungsmodalitäten besprochen bzw. überlegt werden, ob es zu einem erneuten Treffen kommen soll.

Günstig wäre es sicher auch, wie in dem oben angeführten Beitrag von Bartfeld/Holtkamp/Pfannschmidt u. a. (2008, S. 298ff.) beschrieben, die Kliniklehrer zu den Helferrunden mit den Lehrern der Heimatschule des Patienten einzuladen. Häufig liegt in den Helferrunden das Hauptaugenmerk auf der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung des Schülers und es werden aus Sicht der Lehrer zu wenig Informationen zu pädagogischen Problemen gegeben. Die Teilnahme der Kliniklehrer an den Helferrunden könnte diese um die pädagogische Sichtweise ergänzen. Hier könnten dann Gespräche von Pädagoge zu Pädagoge zum schulischen Leistungsstand, zur schulischen Entwicklung des Patienten und zu pädagogischen Hinweisen im Umgang mit dem Patienten geführt werden, was zu einem besseren Verstehen der Sichtweise des Anderen beitragen würde und so zu einer verbesserten Zusammenarbeit. In Ausnahmefällen konnte die Teilnahme der Kliniklehrer an Helfergesprächen schon realisiert werden. Da den Kliniklehrern nur eine begrenzte Stundenanzahl für den Unterricht in der Klinikschule zur Verfügung steht und sie zusätzlich zum Unterricht in der Klinikschule auch noch an anderen Schulen eingesetzt sind wird sich diese Strategie zur Verbesserung der Zusammenarbeit sicher nur in Einzelfällen umsetzen lassen. Alternativ wäre es möglich, den von den Kliniklehrern am Ende der Behandlung verfassten Schulbericht immer an die Heimatschulen der behandelten Patienten zu schicken und nicht nur, wenn er von dort angefordert wird.

Im Rahmen der Nachsorge des behandelten Patienten wäre es sinnvoll auch für den zuständigen Lehrer ein Gesprächsangebot zu machen, um bei eventuell nach der Behandlung auftretenden Fragen Unterstützung anzubieten.

7.2 Allgemeine Strategien zur Verbesserung der Zusammenarbeit

Um den Bedürfnissen der Lehrer nach mehr Informationen über die psychische Erkrankung des Schülers und Hinweisen zum weiteren Umgang damit nachzukommen, erscheint es sinnvoll, schriftliche Informationen zu verschiedenen psychischen Störungen zu sammeln und zusammenzufassen. Dazu könnten von den Mitarbeitern der Tagesklinik Arbeitsgruppen zu den verschiedenen Störungsbildern gebildet werden, welche diese Informationen zusammentragen und aufbereiten. Das hätte den Vorteil, dass diese zusammengetragenen Informationen, wenn einmal vorhanden, den jeweiligen Lehrern ausgehändigt werden können. Die Übermittlung von schriftlichen Informationen an die Lehrer zu psychischen Störungen und zum Umgang mit erkrankten Schülern sollte gängige Praxis werden. Viele Materialien, in Form von Handreichungen der Pharmaunternehmen oder von Ratgebern, teilweise auch schon für Lehrer aufbereitet, liegen zu verschiedenen Störungen bereits in der Tagesklinik vor, was den dafür notwendigen Arbeitsaufwand gering hält. Dieser Einsatz von schriftlichen Informationen sollte jedoch nicht bedeuten, dass in den Gesprächen mit den zuständigen Lehrern auf eine Information zum Störungsbild verzichtet werden soll, denn die Ausprägung der jeweiligen Störung kann im Einzelfall sehr unterschiedlich ausfallen.

Im Weiteren wäre es möglich in regelmäßigen Abständen Informationsveranstaltungen anzubieten, welche besonders auf Lehrer zugeschnitten sind. Dies könnte im Rahmen von Weiterbildungsangeboten für Lehrer, in der Tagesklinik oder in den Schulen selber, durch Sprechzeiten für Lehrer oder im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit durch einen Tag der offenen Tür realisiert werden, um die Struktur der Tagesklinik kennenzulernen und dadurch die Arbeit transparenter und nachvollziehbarer zu machen. Hier könnten zusätzlich Räume entstehen, wo aufeinander zugegangen werden kann, wo gegenseitiges Verständnis für die Unterschiedlichkeit der Arbeit des Anderen entstehen kann. An dieser Stelle muss jedoch auch die Frage gestellt werden, was ist unter den gegebenen Voraussetzungen realisierbar und vor allem, wer kann diese Aufgaben übernehmen. Dies kann jedoch nur in Abstimmung mit der Klinikleitung und den Mitarbeitern geschehen, denn um diese Verbesserungsmöglichkeiten oder zumindest einen Teil davon umzusetzen, ist nicht nur ein hohes persönliches Engagement gefragt.

Es darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Zuständigkeit der Aus- und Fortbildung der Lehrer beim Ministeriums und den Schulbehörden liegt. Im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse wären gerade in diesen Bereichen Aus- und Weiterbildungsangebote für Lehrer sinnvoll, um sie über psychische Störungen zu informieren und beim Umgang mit den erkrankten Schülern zu unterstützen.

Zusätzlich zu den vorangegangenen Möglichkeiten, zur Verbesserung der Zusammenarbeit, sollten natürlich auch eigene Informationsstrukturen fortlaufend überprüft und wenn nötig verändert werden, so dass in Vertretungssituationen bei Krankheit oder Urlaub des Therapeuten keine unnötigen Verzögerungen entstehen.

8 Zusammenfassung und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war die Darstellung der Möglichkeiten einer für den Patienten gewinnbringenden Zusammenarbeit zwischen den Schulen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dazu wurde der aktuelle Stand der Zusammenarbeit am Beispiel der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg und den Schulen des Einzugsgebietes erfasst. Diese Daten wurden mit Hilfe eines Fragebogens für die Lehrer und die behandelnden Therapeuten erhoben. Die Befragung wurde fallbezogen vorgenommen, so dass jeweils der Lehrer und der fallführende Therapeut eines Patienten den Fragebogen zur Zusammenarbeit ausfüllten. Im Ergebnis wird also die subjektive Wahrnehmung der Befragten zur Zusammenarbeit dargestellt. Dabei handelt es sich nicht in jedem Fall um Fakten, sondern um verschiedene Sichtweisen in einem abgegrenzten Zeitraum auf die Zusammenarbeit zwischen den Schulen und der Tagesklinik, so dass die erhobenen Daten nur in Ansätzen die Realität abbilden können. Im Ergebnis der Untersuchung wurden Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit diskutiert.

Bei der Auswertung der Fragebögen fiel auf, dass auf einige Fragen, nur wenige Antworten gegeben wurden oder die Ergebnisse der Lehrerfragebögen im Vergleich zu denen der Therapeuten deutliche Diskrepanzen aufwiesen. Dies fiel besonders bei den Fragen zum Einbezug in die Behandlung, zum Informationsaustausch und Einbezug in die Entlassungsvorbereitungen auf. Besonders deutlich wurde dies im Lehrerfragebogen bei der Frage zum Einbezug in die Behandlung, die ausschließlich in Richtung eigener Zuarbeit interpretiert wurde. Ein weiteres Beispiel ist die Kategorisierung bei der Frage, wann die Information über den Entlassungszeitpunkt erhalten wurde. Diese schien für die Lehrer unpassend gewählt worden zu sein, während die Therapeuten sich in diesen Kategorien wiederfanden. Es besteht die Möglichkeit, dass sich der Befragte entweder nicht in den vorgegebenen Antwortkategorien wiedergefunden hat oder dass die offenen Fragen nicht eindeutig und damit nicht verständlich waren.

Weiterhin fiel auf, dass Informationen zu einigen Fakten (z. B. die Zufriedenheit mit dem Zeitpunkt der Information über die Aufnahme des Patienten) nicht erfragt wurden und somit keine eindeutige Aussage über eine Verbesserungsmöglichkeit gemacht werden kann. Diese Schwierigkeiten hätten wahrscheinlich durch mehr Pretests, um Missverständnisse und Unklarheiten aufzuspüren, beseitigt

werden können. Zudem kam es auch zu strukturellen Schwierigkeiten bei der Befragung, welche zur Verzerrung einiger Ergebnisse beigetragen haben könnten, z. B. schloss sich der Beginn der Erhebung direkt an die Sommerferien in Mecklenburg-Vorpommern an, so dass es in einigen Fällen schwierig war die Lehrer zu kontaktieren. Besonders bei Angaben, wann welche Informationen gegeben bzw. erhalten wurden, kann dies zu Ungenauigkeiten geführt haben. Trotzdem hat sich der entwickelte Fragebogen als Erhebungsinstrument für die benötigten Daten als geeignet erwiesen, denn die Befragung hat trotz der beschriebenen Schwierigkeiten zu verwertbaren Erkenntnissen geführt aus denen Grundannahmen zur besseren Zusammenarbeit abgeleitet werden können. Im Ergebnis der Befragung konnte die Sichtweise der Lehrer und der Therapeuten auf die Zusammenarbeit abgebildet werden.

Die Ergebnisse der Befragung zeigten deutliche Unterschiede bei der Wahrnehmung des Einbezugs in die Behandlung und beim Informationsaustausch zur psychischen Erkrankung und zum Umgang mit dem Schüler, was dazu führte, dass die Zusammenarbeit auf Therapeutenseite positiver bewertet wurde als auf Seiten der Lehrer. Hier bestätigten sich die zu Beginn vermuteten Erwartungen der Lehrer und Therapeuten an die Zusammenarbeit in Ansätzen. Ein Veränderungsbedarf wurde deutlich.

Aus den Ergebnissen der Befragung der Lehrer und der Therapeuten ließen sich in der Zusammenfassung mögliche Strategien zur Verbesserung der Zusammenarbeit ableiten:

- frühzeitige Kontaktaufnahme zum zuständigen Lehrer, wenn möglich schon nach dem Vorstellungsgespräch in der Ambulanz der Tagesklinik,
- rechtzeitige Planung der Aufnahme in die Tagesklinik,
- den Unterschied zwischen der psychotherapeutischen Behandlung und dem Besuch der Klinikschule verdeutlichen,
- ein Anschreiben für den Lehrerfragebogen (TRF) entwickeln,
- die Entscheidung für eine Helferrunde mit den Lehrern früher im Behandlungsverlauf zu treffen,
- die Teilnahme der Kliniklehrer an den Helferrunden ermöglichen,

- den Schulbericht der Klinikschule immer an die Heimatschulen schicken,
- im Rahmen der Nachsorge des Patienten auch Gespräche für die Lehrer anzubieten,
- den Lehrern Informationen zu den verschiedenen Störungsbildern aushändigen,
- Informationsveranstaltungen, Weiterbildungen, Sprechzeiten für die Lehrer anbieten,
- einen Tag der offenen Tür planen und
- eigene Informationsstrukturen fortlaufend überprüfen und wenn nötig verändern.

Die Ausgestaltung der Umsetzung dieser Strategien ist in Kapitel 7 dargestellt worden. Sicher können nicht alle genannten Möglichkeiten umgesetzt werden. Deshalb ist es sinnvoll und wichtig mit den Lehrern im Gespräch zu bleiben und Bedürfnissen, u. a. nach mehr Information, gerecht zu werden. Ob die genannten Möglichkeiten tatsächlich dazu führen könnten, dass die Zusammenarbeit zwischen den Schulen und der Tagesklinik als positiver wahrgenommen wird, kann an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden. Die Evaluation der abgeleiteten Verbesserungsmöglichkeiten könnte Teil einer weiteren Forschungsarbeit sein.

Die Entwicklung von Strategien zur besseren Zusammenarbeit kann nicht als abgeschlossen betrachtet werden, sondern muss im Verlauf immer wieder neu geprüft, und wenn es notwendig ist, verändert werden. Darüber hinaus muss Kooperation natürlich in erster Linie am konkreten Fall entstehen. Aufeinander zugehen im Sinne einer guten Zusammenarbeit wird auch immer mit dem persönlichen Engagement des einzelnen Lehrers und Therapeuten verbunden bleiben.

9 Anhang

Abbildung A1:

Multidimensionale Diagnostik und Therapie bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen (zit. n. Mattejat 2006, S. 9)

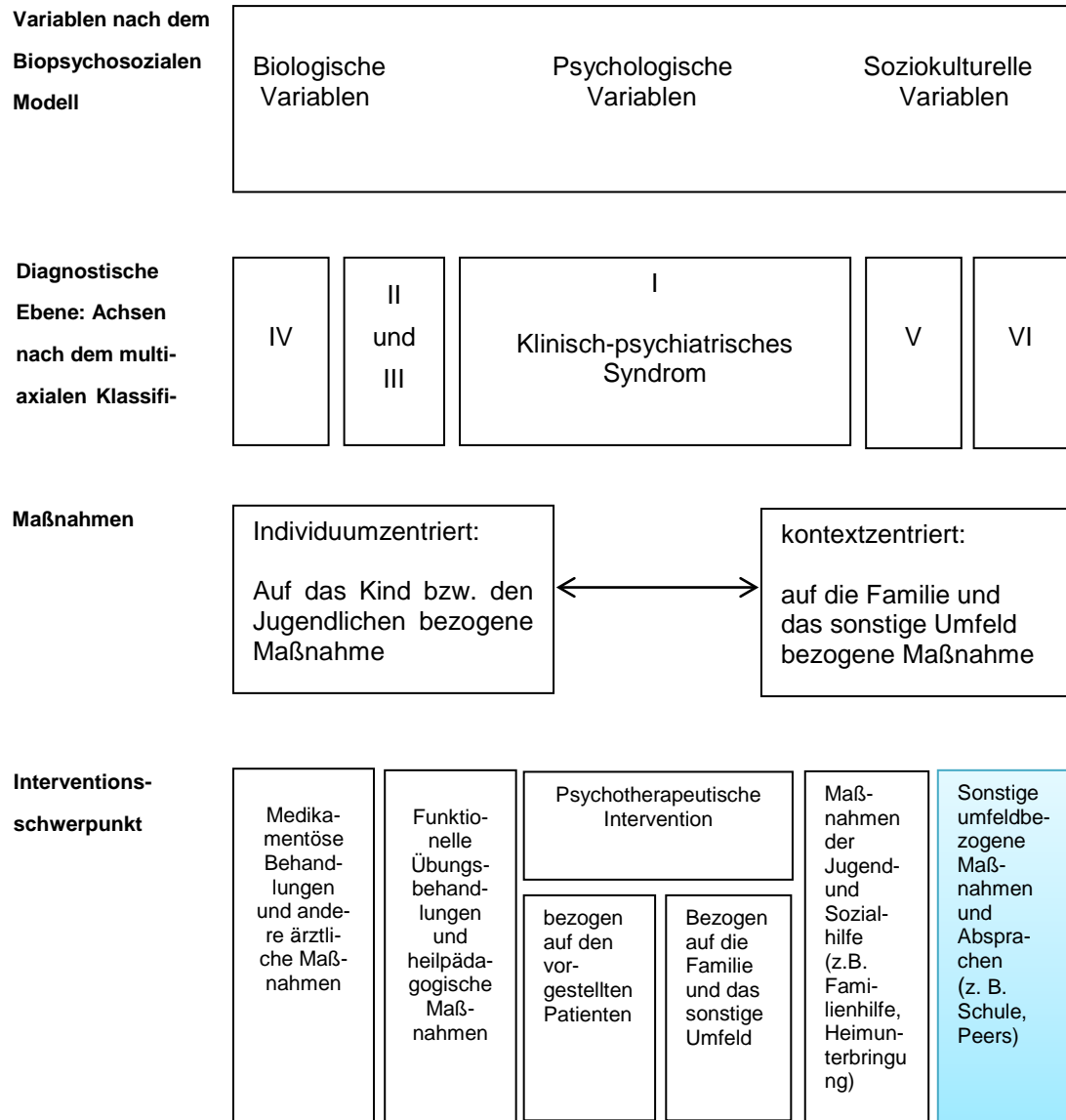
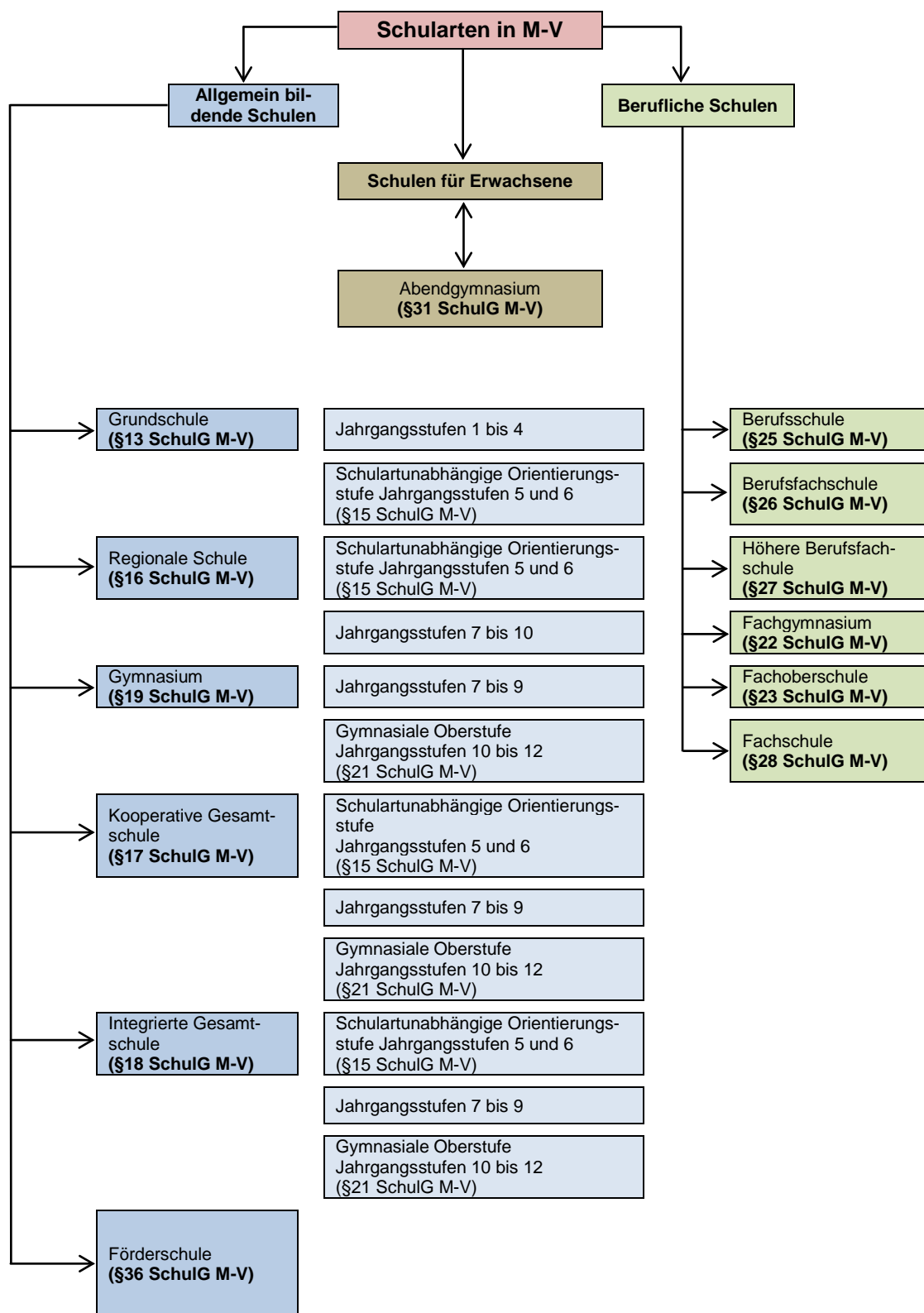


Abbildung A2:

Schularten in Mecklenburg-Vorpommern (modifiziert nach Fred Kempert, www.schulwesen-mv.de)



**Fragebogen zur Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
in Neubrandenburg und den Schulen des Einzugsgebietes**

Ihr/e Schüler/in befindet oder befand sich in tagesklinischer Behandlung.
Ich möchte im Rahmen meiner Masterarbeit zur Zusammenarbeit von
Schule und Psychiatrie eine Umfrage zu diesem Thema machen. Deshalb
möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Daten werden
vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anja Schülke

(Dipl. Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin)

Studentin des Masterstudiengangs „Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern
und Jugendlichen“ an der Hochschule Mittweida

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gern unter:

E-Mail: anja.schuelke@mueritz-klinikum.de

Tel.: 0395-430913-18

zur Verfügung

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Bei einigen Fragen müssen Sie sich zwischen zwei Antwortvorgaben entscheiden und das für Sie zutreffende Kästchen ankreuzen.

☐ ja

☐ nein

Bei einigen Fragen haben Sie die Möglichkeit, eine Antwort in Ihren eigenen Worten zu formulieren.

Bei einigen Fragen arbeite ich mit einer Skala, z. B. so

überhaupt nicht zufrieden

sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wenn Sie mit dem Sachverhalt, den ich abfrage überhaupt nicht zufrieden sind, machen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen **ganz links**. Wenn Sie sehr zufrieden sind, machen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen **ganz rechts**. Mit den Kästchen dazwischen können Sie ihr Urteil abstufen.

Wenn Sie Fragen kommentieren oder ausführlichere Antworten geben möchten, können Sie dies auf der letzten Fragebogenseite tun.

Allgemeines

1. An welcher Schulform unterrichten Sie?

- Grundschule ☐
- Regionale Schule ☐
- Gymnasium ☐
- Gesamtschule ☐
- Förderschule ☐
- Sonstige ☐

2. Welche Klassenstufe unterrichten Sie?

3. Wieviel Stunden unterrichten Sie in der Klasse Ihres Schülers/Ihrer Schülerin?

4. Haben Sie Ihren Schüler/Ihre Schülerin als verhaltensauffällig erlebt?

- ☐ ja
- ☐ nein

Behandlungsbezogene Fragen

1. Wann haben Sie von der Aufnahme Ihres Schülers/Ihrer Schülerin in die Tagesklinik erfahren?

- ☐ vor der tagesklinischen Aufnahme des Schülers
- ☐ während der tagesklinischen Behandlung
- ☐ sonstiges: _____

2. Durch wen haben Sie von der Aufnahme Ihres Schülers/Ihrer Schülerin in die Tagesklinik erfahren?

- ☐ Eltern
- ☐ Schüler/in

- ☐ Lehrer aus der Tagesklinik
- ☐ sonstige:_____

3. Sind Sie in die Behandlung Ihres Schülers/Ihrer Schülerin mit einbezogen worden? Wenn ja, wie und durch wen?

- ☐ ja

- ☐ nein

4. Wann haben Sie von der Entlassung Ihres Schülers/Ihrer Schülerin erfahren?

- ☐ 4 Wochen vorher
- ☐ 2 Wochen vorher
- ☐ in der Woche der Entlassung
- ☐ zu einem anderen Zeitpunkt, bitte angeben:_____

5. Sind Sie in die Entlassungsvorbereitungen mit einbezogen worden?

- ☐ ja
- ☐ nein

6. Welche Informationen würden Sie vor der Entlassung wichtig finden?

7. Haben Sie Informationen über die psychische Erkrankung Ihres Schülers /Ihrer Schülerin aus der Tagesklinik erhalten?

gar keine

sehr viele

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8. Haben Sie Empfehlungen zum Umgang mit Ihrem/Ihrer erkrankten Schüler/ Schülerin bekommen?

☐ ja

☐ nein

8a Fanden Sie diese hilfreich?

☐ ja

☐ nein

9. Gab es eine Reintegration in die Schule?

☐ ja

☐ nein

⇒ Wenn nein, dann weiter mit Frage 10

9a Wie zufrieden waren Sie mit der Reintegration Ihres Schülers/Ihrer Schülerin bezüglich der Organisation?

überhaupt nicht zufrieden

sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Und des Informationsaustausches?

überhaupt nicht zufrieden

sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9b War die Reintegration erfolgreich?

- ☐ ja
☐ nein

9c Was kann Ihrer Meinung nach bei der Reintegration in die Schule besser gestaltet werden?

10. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der Tagesklinik hinsichtlich der tagesklinischen Behandlung Ihres Schülers/Ihrer Schülerin ein?

überhaupt nicht gut

sehr gut

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Was fanden Sie positiv?

Was war schwierig?

Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?

Weitere Kommentare

Haben Sie noch Vorschläge oder weitere Kommentare zur Zusammenarbeit mit der Tagesklinik? (Bitte schreiben Sie diese hier auf)

Datum:

**Fragebogen zur Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
in Neubrandenburg und den Schulen des Einzugsgebietes**

Als Mitarbeiter/in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Neubrandenburg behandeln Sie Schüler/Schülerinnen aus verschiedenen Schulen im Einzugsgebiet der Klinik. Ich möchte im Rahmen meiner Masterarbeit zur Zusammenarbeit von Schule und Psychiatrie eine Umfrage zu diesem Thema machen. Deshalb möchte ich Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Daten werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anja Schülke

(Dipl. Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin)

Studentin des Masterstudiengangs „Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ an der Hochschule Mittweida

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gern unter:

E-Mail: anja.schuelke@mueritz-klinikum.de

Tel.: 0395-430913-18

zur Verfügung

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Bei einigen Fragen müssen Sie sich zwischen zwei Antwortvorgaben entscheiden und das für Sie zutreffende Kästchen ankreuzen.

- ☐ ja
☐ nein

Bei einigen Fragen haben Sie die Möglichkeit, eine Antwort in Ihren eigenen Worten zu formulieren.

Bei einigen Fragen arbeite ich mit einer Skala, z. B. so

überhaupt nicht zufrieden

sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wenn Sie mit dem Sachverhalt, den ich abfrage überhaupt nicht zufrieden sind, machen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen **ganz links**. Wenn Sie sehr zufrieden sind, machen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen **ganz rechts**. Mit den Kästchen dazwischen können Sie ihr Urteil abstufen.

Wenn Sie Fragen kommentieren oder ausführlichere Antworten geben möchten, können Sie dies auf der letzten Fragebogenseite tun.

Allgemeines

1. Welche Tätigkeit üben Sie in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aus?

Arzt ☐

Psychologe/Therapeut ☐

Sozialpädagoge ☐

2. In welcher Gruppe arbeiten Sie vorrangig?

Wiesengruppe ☐

Wasserguppe ☐

Waldgruppe ☐

Alle ☐

Behandlungsbezogene Fragen

1. Wurde der Lehrer/die Lehrerin der Heimatschule Ihres Patienten/Ihrer Patientin in die Behandlung mit einbezogen? Wenn ja, wie und durch wen?

☐ ja

☐ nein, warum nicht?

2. Wann gab es den ersten Kontakt zur Heimatschule Ihres Patienten/Ihrer Patientin?

- ☐ vor der tagesklinischen Aufnahme des Patienten
- ☐ zu Beginn der tagesklinischen Behandlung
- ☐ während der tagesklinischen Behandlung
- ☐ am Ende der tagesklinischen Behandlung
- ☐ sonstiges: _____

3. Wurde die Heimatschule in die Entlassungsvorbereitungen mit einbezogen?

- ☐ ja
- ☐ nein

3a Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt?

- ☐ 4 Wochen vorher
- ☐ 2 Wochen vorher
- ☐ in der Woche der Entlassung
- ☐ zu einem anderen Zeitpunkt, bitte angeben: _____

3b Wenn nein, warum nicht?

4. In welcher Form wurde die Heimatschule in die Entlassungsvorbereitungen mit einbezogen?

5. Gab es während der Behandlung einen Schulwechsel des Patienten/der Patientin in eine andere Schule?

- ☐ ja
☐ nein

6. Welche Informationen über Ihren Patienten/Ihre Patientin finden Sie für den Lehrer/die Lehrerin vor der Entlassung wichtig?

7. Gaben Sie Empfehlungen zum Umgang mit Ihrem Patient/Ihrer Patientin in der Schule?

- ☐ ja
☐ nein

7a Wie wurden diese Informationen übermittelt?

- ☐ im Gespräch
☐ als schriftlicher Bericht
☐ sonstiges: _____

8. Wurde der Patient/die Patientin in die Schule reintegriert?

- ☐ ja
☐ nein

8a Wie zufrieden waren Sie mit der Reintegration Ihres Patienten/Ihrer Patientin bezüglich der Organisation?

überhaupt nicht zufrieden

sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Und des Informationsaustausches?

überhaupt nicht zufrieden

sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8b Was kann Ihrer Meinung nach bei der Reintegration in die Schule verbessert werden?

9. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zwischen Ihnen als Mitarbeiter/in der Tagesklinik und der Schule hinsichtlich der tagesklinischen Behandlung des Patienten/der Patientin ein?

überhaupt nicht gut

sehr gut

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Was finden Sie positiv?

Was ist schwierig?

Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?

Weitere Kommentare

Haben Sie noch Vorschläge oder weitere Kommentare zur Zusammenarbeit mit den Schulen? (Bitte schreiben Sie diese hier auf)

Datum:

10 Literaturverzeichnis

Bartfeld, D., Holtkamp, J., Pfannschmidt T., Rößmann, R., Scheuer, E., Sipal, S., Vasen, R. (2008): Der Vernetzungsgedanke bei der Behandlung von Schüler/-innen mit psychischen Störungen am Beispiel einer Tagesklinik. In: Steins, G. (Hrsg.): Schule trotz Krankheit. Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und Implikationen für die allgemeinbildenden Schulen, S. 297-315. Lengerich: Pabst

Bortz, J. Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. Heidelberg: Springer

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern)
(Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 28.06.2013

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2014): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber

Döpfner, M. (2008): Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe

Flick, U. (2013): Methodologie qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E., Steinke, I.: Qualitative Forschung, S. 251-265. Reinbek: Rowohlt

Frey, H. (2008): Was ist eine Schule für Kranke? In: Steins, G. (Hrsg.): Schule trotz Krankheit. Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und Implikationen für die allgemeinbildenden Schulen, S. 128-154. Lengerich: Pabst

Gudjons, H. (2012): Pädagogisches Grundwissen. Bad Heilbrunn. Julius Klinkhardt

Harter-Meyer (1999): Das prekäre Verhältnis von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie – aus Sicht der Erziehungswissenschaft. In: Harter-Meyer, R., Schulte-Markwort, M., Riedesser, P. (Hrsg.): Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 7-40. Hamburg: LIT

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., KiGGS Study Group (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesarbeitsbl. 57, S. 807-819. Berlin Heidelberg: Springer

Hummel, H. (2004): Schule als Kooperationspartner. In: Fegert, J., Schrapper, C.: Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie, S. 537-545. Weinheim: Juventa
Ihle, W., Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. In: Psychologische Rundschau 53, S. 159-169. Göttingen: Hogrefe

KMK (1998): Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.03.1998. Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland

Mattejat, F., Quaschner, K., Remschmidt, H. (2006): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Definition, Prinzipien, Besonderheiten. In: Mattejat, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 4 Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, S. 3-12. München: CIP-Medien.

Mattejat, F. (2008): Ergänzende Maßnahmen. In: Remschmidt, H., Mattejat, F., Warnke, A.: Therapie psychischer Störungen bei Kindern- und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis, S. 89-96. Stuttgart: Thieme

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz

MediClin Müritz-Klinikum (o.J.): Tagesklinik für Kinder und Jugendliche Neubrandenburg (Flyer). Waren: MediClin Müritz-Klinikum

Pauls, H. (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim und München: Juventa

Porst, R. (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Springer

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl.-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50, S. 871-878. Springer

Remschmidt, H. (Hrsg.), Schmidt, M. (Hrsg.), Poustka, F. (Hrsg.) (2009): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. Bern: Hans Huber

Remschmidt, H. (2011): Organisations- und Strukturfragen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung, S. 495-520. Stuttgart: Thieme

Rief, W., Stenzel, N. (2012): Diagnostik und Klassifikation. In: Berking, M., Rief, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Bd. 1 Grundlagen und Störungswissen, S. 9-17. Heidelberg : Springer

Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (SchulG M-V) in der Fassung vom 10. September 2010, GVOBl. M-V 2010, S. 462, zuletzt geändert durch Art. 1 Drittes ÄndG vom 12. 12. 2014, GVOBl. M-V 2014, S. 644

Schulte-Markwort, M., Riedesser, P. (1999): Das prekäre Verhältnis von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädagogik – aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Harter-Meyer, R., Schulte-Markwort, M., Riedesser, P. (Hrsg.): Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 41-58. Hamburg: LIT

Schulz, H., Bargaan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung (Heft 41). Berlin: Robert-Koch-Institut

Stein, R. (2010): Die sonderpädagogische Förderung von Schülern mit psychischen Störungen. In: Reichert, A., Adams, G., Beck, N., Holler, M., Warnke, A. (Hrsg.): Der Schüler mit psychischer Störung in der Betreuung von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule, S. 89-110. Lengerich: Pabst Science Publishers

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York

Internetquellen:

Die Bedeutung von Schule und Psychiatrie in Deutschland (o.J.): http://www.schups.org/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=71 Verfügbar am 17.09.2014

Kempert, Fred (o.J): Schularten in M-V. http://www.schulwesen-mv.de/maps/schularten_in_mv/schularten_in_mv.htm Verfügbar am 08.02.2015

KMK (2000): Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 05.10.2000. Aufgaben von Lehrerinnen und Lehrern heute - Fachleute für das Lernen. http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2000/2000_10_05-Bremer-Erkl-Lehrerbildung.pdf Verfügbar am 08.02.2015

Peters, V. (o.J.): Organisation von Schule und Psychiatrie in Deutschland. http://www.schups.org/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=70 Verfügbar am 19.09.2014

11 Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben verwendet habe. Ich versichere, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Neubrandenburg, 01. März 2015

Anja Schülke